

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1911-1912 N° 59

LA
LITHIASE BILIAIRE
CHEZ LES VIEILLARDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1911

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

M. G. M. LAFON

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 14 mai 1884, à Saintes, (Charente-Inférieure)



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

1911

RECEIVED OF THE
TREASURY DEPARTMENT
FOR THE PAYMENT OF

RECEIVED OF THE
TREASURY DEPARTMENT
FOR THE PAYMENT OF

RECEIVED OF THE

RECEIVED OF THE
TREASURY DEPARTMENT
FOR THE PAYMENT OF

RECEIVED OF THE
TREASURY DEPARTMENT
FOR THE PAYMENT OF

RECEIVED OF THE

RECEIVED OF THE
TREASURY DEPARTMENT
FOR THE PAYMENT OF

RECEIVED OF THE
TREASURY DEPARTMENT
FOR THE PAYMENT OF



RECEIVED OF THE
TREASURY DEPARTMENT
FOR THE PAYMENT OF

LA LITHIASSE BILIAIRE

chez les Vieillards

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P).
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale.	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.)
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN.	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THÉVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, président ; P. COURMONT, assesseur ;
MM. VILLARD et GAYET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1911-1912 N° 59

LA

LITHIASSE BILIAIRE

CHEZ LES VIEILLARDS

—♦—

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1911

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

M. G. M. LAFON

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 14 mai 1884, à Saintes, (Charente-Inférieure)



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

—
1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FIANCÉE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dédie ce modeste travail trop faible témoignage de mon infinie tendresse et de mon inaltérable reconnaissance pour toute une vie d'abnégation et de dévouement. Je les unis dans un même sentiment d'amour.

A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MA COUSINE MARTHE

J'ai bien souvent, auprès d'eux, goûté les douces joies de la vie de famille. Je tiens à les assurer ici de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

*Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Chef du Laboratoire de Thérapeutique

A MES CHERS CAMARADES D'ÉCOLE

LES DOCTEURS P. BERTET, VOIZARD ET LIEGEOIS

Durant trois longues années d'école, ils nous ont montré que l'amitié n'était pas un leurre, qu'elle compatit et soulage souvent, qu'elle fortifie toujours.

Nous les prions de recevoir ici l'humble expression de notre sincère reconnaissance, doublée de nos regrets à la pensée de nous séparer d'eux.

INTRODUCTION

C'est pendant notre dernière année d'études, au moment où s'imposait le choix d'un sujet de thèse, que nous fut offert, sur notre demande, par M. le professeur Pic, l'objet de ce travail, « La Lithiase biliaire chez les vieillards ».

Nous ne cachons pas que, dès le début de nos recherches, captivé sans doute par l'importance et la richesse du sujet, nous avons été aussi quelque peu effrayé par son étendue et sa complexité dans la suite.

L'œuvre était vaste et nous apparaissait nettement au-dessus de nos modestes moyens.

Touchant aux problèmes de biologie les plus complexes par les réactions morbides si spéciales à cet âge, à l'anatomie pathologique par l'étude du foie sénile, elle eut mérité, pour être complète, une plume plus autorisée que la nôtre. Nous nous en excusons humblement.

Cependant la bienveillante sollicitude de maîtres dont jamais nous n'oublierons le souvenir, leur direction autorisée nous ont continuellement encouragé et nous ont permis de mener à bonne fin un aussi vaste sujet.

Nous ne saurions donc trop les en remercier. A M. le professeur Pic, dont nous avons suivi avec tant d'intérêt,

au cours de notre scolarité, les leçons de thérapeutique clinique, qu'il nous soit permis d'offrir l'expression de notre sincère reconnaissance puisqu'il nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre thèse.

M. le docteur Bonnamour, au cours de ce travail, ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils; toujours affable, nous avons trouvé en lui un véritable soutien moral et un encouragement perpétuel. Qu'il veuille bien croire à notre profonde gratitude.

M. le professeur agrégé Carde enfin a bien voulu mettre à notre entière disposition les registres d'observation de l'Hospice du Perron, il nous a toujours accueilli avec tant d'amabilité qu'il est pour nous un devoir bien doux de lui offrir ici l'hommage de notre reconnaissance.

Dans notre travail, pour apporter plus de clarté, nous avons été obligé de faire de nombreux chapitres, et, successivement, nous avons étudié l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la lithiase biliaire chez le vieillard. Sur le conseil de M. le docteur Bonnamour, nous avons placé nos observations à la suite de chaque forme clinique dans le chapitre détaillé de la symptomatologie et des complications. Nous nous excuserons, en terminant, de n'avoir pas fait l'historique de la question, on le trouvera disséminé dans le cours de l'ouvrage; peut-être même ainsi, sera-t-il moins fastidieux pour le lecteur.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

La présence de calculs dans la vésicule et les canaux biliaires du vieillard est un phénomène si couramment observé que bien des médecins, au cours des autopsies qu'ils pratiquent, semblent le considérer, si l'on en juge par le peu d'attention qu'ils y portent, comme presque physiologique et sans grand intérêt.

Cette fréquence est telle, il est vrai, que Cruveilhier pouvait écrire : « La lithiase biliaire est une des lésions les plus communes de l'espèce humaine ».

Or, depuis longtemps déjà, l'on a été frappé de la dissociation anatomo-clinique qui existe chez le vieillard entre cette fréquence anatomique extrême des calculs, d'une part, et la grande rareté des coliques hépatiques chez lui, d'autre part.

Fréquence anatomique des calculs : nous n'en voulons pour preuve que les statistiques de Morgagni et Fauconneau-Dufresne qui, sur quatre-vingt-dix cas de calculs observés par eux, ont trouvé le maximum de cette fréquence entre 60 et 80 ans, celle de Cruveilhier pour lequel dans 25 % des cas l'on trouve, à l'autopsie des vieillards, des calculs

parfois nombreux, celle enfin de Charcot, confirmée par les résultats de Sterne, de Nancy, et pour lesquels cette fréquence atteint 50 % environ.

D'autre part, *rareté clinique* de la colique hépatique, puisque sur les 230 malades, observés par Durand-Fardel, atteints de coliques hépatiques, 30 d'entre eux étaient âgés de 60 à 70 ans et huit seulement de 70 à 80 ans. Sénac, d'autre part, nous donne la proportion plus éloquente encore de six cas dont l'âge oscillait entre 50 et 85 ans, sur cent neuf observés.

En présence de pareils résultats il n'est donc pas entièrement exact ou du moins rigoureusement scientifique de dire avec Mossé que la colique hépatique ne se montre plus après 65 ans. Elle diminue, en réalité, progressivement avec l'âge sans cependant disparaître jamais complètement. En d'autres termes, l'on peut dire que si, à partir de 25 à 80 ans, la fréquence de la lithiasé biliaire est directement proportionnelle à l'âge, la fréquence de la colique hépatique, au contraire, lui est inversement proportionnelle (Sterne).

Avant d'entrer plus avant dans l'étude de cette fréquence, nous considérerons deux catégories de lithiasé chez le vieillard.

L'une, *lithiasé prolongée*, est celle que l'on rencontre chez les vieux hépatiques au-delà de 60 ans, dont le passé douloureux permettra de remonter aisément à la vraie cause, en présence des manifestations frustes ou larvées présentées par ces malades, mais qui relèvent cependant du processus lithiasique.

L'une, *lithiasé tardive*, est celle qui survient spontanément chez le vieillard indépendamment de toute atteinte

antérieure et qui, dans la plupart des cas, demeure d'une latence absolue ou ne se traduit que par des symptômes à peine ébauchés.

Faut-il voir entre elles de grandes différences symptomatologiques, nous ne le croyons pas, il y a surtout à considérer, là, des différences individuelles. Tel malade, ancien lithiasique avéré, ne fera pas cette complication si redoutable de la cholécystite suppurée avec abcès du foie, alors que, terrain affaibli par un passé toxique, éthylique ou autre, tel autre malade lithiasique, cependant tardif, verra éclore au cours de sa lithiasie jusqu'alors latente, cette complication. Cette classification de la lithiasie en lithiasie prolongée et tardive ne présente donc qu'un intérêt surtout étiologique, nous ne devons pas cependant l'omettre. Nous nous permettrons de faire remarquer toutefois qu'au point de vue symptomatologique, d'accord en cela avec Sterne, l'on n'a jamais signalé l'existence de coliques hépatiques franches chez les vieillards atteints tardivement de lithiasie biliaire.

Ils semblent en cela se conduire vis-à-vis de cette affection un peu comme les enfants, s'arrêtant à ce que l'on appelait autrefois les prodromes de la lithiasie biliaire et qui ne sont en réalité que les premières manifestations de cette affection des formes frustes ou avortées (Mossé).

Leur réaction, en vertu de leur âge, est une réaction incomplète, inachevée, tandis que dans le cas de lithiasie prolongée cette réaction est en général progressivement atténuée.

Sexe. — L'âge n'est pas le seul facteur qui conditionne cette étiologie de la lithiasie biliaire, à côté de lui et parallèlement à lui, nous placerons le sexe. Comme chez l'adulte,

en effet, la femme âgée est beaucoup plus sujette que l'homme aux atteintes de la lithiase biliaire.

Sur les quarante-trois observations que nous rapportons dans notre thèse et dont l'objet vise indistinctement toutes les formes ou complications de la lithiase observées chez le vieillard, nous avons relevé une proportion de trente-trois femmes pour dix hommes atteints de cette affection.

Sterne, sur huit autopsies de femmes qu'il eut l'occasion de pratiquer, rencontra quatre fois des calculs, et sur les seize observations publiées dans sa thèse, onze d'entre elles ont trait à des femmes âgées de plus de 60 ans.

Cette prédominance du sexe féminin ne porte pas seulement sur la fréquence générale et globale de cette affection, mais encore atteint dans le détail les formes cliniques elles-mêmes.

C'est ainsi que les complications vasculaires (hémorragies intestinales), jusqu'alors décrites et sans qu'on en connaisse encore les raisons profondes n'ont jamais été observées que chez des femmes (Houdry).

La répétition des grossesses, la fréquence chez elles des prolapsus abdominaux, leur genre de vie, sont sans doute autant de raisons qui peuvent expliquer en partie cette prédominance, mais étant les mêmes que chez l'adulte, nous n'en parlerons pas ici.

Causes secondaires favorisantes. — Quant aux causes secondaires favorisantes de ce processus, telles que l'arthritisme et ses manifestations, la cholémie, le passé gastro-intestinal, le passé infectieux et spécialement typhique, le passé toxique même, nous les passerons sous silence.

Ces causes reprennent ici tous leurs droits étiologiques,

plus encore peut-être que chez l'adulte, pour certaines d'entre elles du moins, car mal armé pour se défendre, le vieillard est plus que l'adulte, en effet, sujet à contracter ces infections intestinales multiples qui, pour certains auteurs, sont à la base même du processus et qui causent, en évoluant, la plupart des complications.

Très fréquente donc chez le vieillard, plus encore chez la femme que chez l'homme, nous devons ajouter que dans ses manifestations la lithiase biliaire ne revêt pas une fréquence égale pour toutes les formes cliniques, aussi à côté de cette fréquence générale de la lithiase biliaire chez le vieillard il convient d'étudier la fréquence relative de ses principales formes.

Fréquence des formes. — Nous serons bref à ce sujet. Nous constaterons cependant que parmi les formes larvées, les plus fréquentes sont certainement les formes cardiopulmonaires. La situation anatomique de ces organes, du moins en ce qui concerne le poulmon droit, leurs conditions aussi de moindre résistance chez le vieillard suffisent amplement à nous donner raison de cette prédominance.

Les formes abdominales et nerveuses seront, après elles, assez souvent observées, nous en rapporterons quelques exemples.

Parmi les complications, les cholécystites chroniques et leur extension régionale, stomacale, appendiculaire, qui dominant l'évolution clinique de cette affection seront celles qui mettront le plus souvent le praticien aux prises avec des difficultés de diagnostic. Les obstructions cholédociennes et leurs conséquences seront enfin plus rares, aussi les étudierons nous en dernier lieu.

Est-il possible de pénétrer les causes de cette fréquence

dont nous venons d'établir les variations suivant le sexe et les formes cliniques de l'affection ?

Raisons d'être de cette fréquence des calculs biliaires chez le vieillard. — Pour mieux se l'expliquer, il nous est nécessaire de rappeler ici, en quelques mots, la pathogénie actuellement admise de la lithias biliaire chez l'adulte.

Elle reconnaît pour facteurs pathogéniques principaux une infection atténuée agissant sur un terrain prédisposé (arthritisme, ralentissement de la nutrition) et dans des conditions mécaniques de stase biliaire nettement favorissantes.

Or, nous est-il possible de retrouver chez le vieillard ces trois facteurs organiques, infectieux et mécaniques, qui commandent à ce processus.

Ils semblent même, dirons-nous, exister avec plus de pureté que chez l'adulte.

Conditions organiques. — Le vieillard n'est-il pas un ralenti de la nutrition et cela physiologiquement ; or, s'il est vrai que ce trouble du métabolisme a dans l'éclosion de ce processus quelque action, pourquoi ne l'aurait-il pas chez le vieillard.

Les conditions mécaniques de stase biliaire ne sont-elles pas aussi chez lui à leur maximum de réalisation. Une des causes de la fréquence de ces concrétions dans la vieillesse, nous dit Durand-Fardel, paraît principalement dûe à la stagnation de la bile dans la vésicule, stagnation que peut expliquer l'atonie de cette poche, tout à fait comparable à cet âge à l'atonie de la vessie, cause elle-même de dépôts analogues.

Conditions infectieuses. — L'on sait avec quelle facilité

le vieillard est victime de la plus légère infection. Amoindri physiologiquement, il est mal armé pour se défendre, aussi, plus encore que chez l'adulte l'infection et l'intoxication d'origine intestinale trouveront-elles chez le vieillard leur valeur étiologique dans la formation des calculs biliaires.

Le rôle de cette infection sera d'autant plus favorisé que des conditions chimiques viennent s'ajouter chez le vieillard aux précédentes et rendent presque inévitable, physiologique jusqu'à un certain point, la lithiasé biliaire.

Conditions chimiques. — Les vieillards sont, en effet, on peut le dire, presque tous des artério-scléreux, or, dans les travaux récents sur la pathogénie de l'artério-sclérose (Lemoine), nous trouvons une condition favorisante, non des moins importantes de la lithiasé biliaire chez le vieillard.

D'après cet auteur, en effet, les injections de cholestérine et de composés cholestériques élèvent lentement, mais d'une façon continue, la tension artérielle. Il aurait constaté que les artério-scléreux dont la tension est souvent haute ont un sang plus riche en composés cholestériques, que les tuberculeux par exemple, dont le sang n'en renferme pas.

L'auteur, conduit par ces constatations, a recherché les liquides et la cholestérine dans les artères scléreuses et les plaques d'atherome, or, tandis que les plaques d'atherome arrivent à contenir 6,80 de lipoides presque entièrement constitués par de la cholestérine pour 100 d'aorte, la même proportion d'aorte saine ne renfermait que 0,67 de liquides huileux ne contenant que des traces de cholestérine.

D'autre part l'on trouve chez le vieillard des cirrhoses artério scléreuses anatomiquement caractérisées par l'état un peu rétracté, granuleux et induré du foie, microscopi-

quement par la sclérose limitée aux espaces portes et à l'endo-periartérite systématique décrite par Dupleix et Demange. Ces considérations sur le foie sénile permettent donc de s'expliquer, dans une faible mesure la fréquence habituelle de ces cholélithes, puisque la cholesterine, matière prédominante des calculs, est physiologiquement accrue dans la vieillesse. Ainsi donc, se trouvent réalisées les conditions physiologiques anatomiques, mécaniques et même chimiques analogues à celles qui, chez l'adulte, expliquent autant que possible la lithiase biliaire. Comment pourrions nous donc être surpris maintenant de sa fréquence.

En résumé, les facteurs étiologiques de la lithiase biliaire chez le vieillard ont de grandes analogies avec ceux de l'adulte. La prédominance des formes cardio-pulmonaires sur le phénomène le plus habituel de toute lithiase qui est la colique hépatique et la fréquence anormale des calculs sont les seuls faits intéressants de cette étiologie. Cette fréquence étant suffisamment expliquée par les conditions biologiques du terrain sur lequel cette affection évolue, nous allons en décrire les multiples traductions symptomatiques.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

I. La colique hépatique chez le vieillard et ses formes larvées

Chez l'adulte, la présence ou la migration des calculs biliaires se traduit par un ensemble de manifestations symptomatiques, véritable « iliade de maux » comme le fait remarquer Mossé dans sa thèse, qui constituent les « accidents de cette lithiase biliaire ».

Or, chez l'adulte, l'accident, normal pourrait-on dire, le plus fréquent d'ailleurs est la colique hépatique, accident salutaire jusqu'à un certain point, car si son cortège symptomatique bruyant est compliqué de quelques rares phénomènes réflexes impressionnants tels que la fièvre, la lipothymie et la syncope, n'aboutit-il pas le plus souvent à l'expulsion d'un ou plusieurs calculs, véritable défense naturelle de l'organisme, semble-t-il contre cette sédimentation incessante et complexe de la bile dans la vésicule et les canaux extra ou intra-hépatiques.

Chez le vieillard toute autre doit être la conception de la colique hépatique, non pas certes dans sa pathogénie, car elle demeure sans doute le même phénomène expulsif du calcul, mais dans sa physionomie clinique, la seule qui nous intéresse ici et qui est si spéciale à cet âge.

Nous ne parlerons donc pas des formes latentes de la lithiase si fréquentes on le sait chez le vieillard. Leur histoire symptomatologique tient, en effet, toute entière dans le mot qui la définit; nous aurons à nous en occuper assez longuement au chapitre de la Pathogénie.

Quelle conception faut-il avoir cliniquement parlant, de la colique hépatique chez le vieillard ?

Chez lui, les conditions anatomo-physiologiques de l'appareil hépato-biliaire, décrites par Durand-Fardel, Duplex, Boy-Teissier et Sterne sont telles que le plus souvent c'est un effort sans aboutissant qui la résume au point de vue dynamique, comme une symptomatologie très atténuée ou même d'emprunt en est l'expression symptomatique. Sans doute, il y a des exceptions et l'on peut voir chez eux les mêmes accidents qui ont été signalés chez l'adulte, en général, cependant, l'atonie vésiculaire, son induration ne lui permettent pas de vaincre l'obstacle ou même, et bien mieux encore, dépassant le but comme cela se voit chez l'adulte, d'immobiliser douloureusement le calcul en se rétractant sur lui-même (colique vésiculaire).

La lithiase biliaire chez le vieillard demeure donc plus encore que chez l'adulte, une lithiase vésiculaire dans presque toutes ses formes et dans la plupart de ses complications.

C'est ce que nous nous proposons de mettre en évidence

dans le chapitre suivant (complications infectieuses). Elle ne peut d'ailleurs être que plus difficilement canaliculaire; elle l'est de fait plus rarement, il est vrai, la dilatation presque constante des canaux biliaires chez les gens âgés (Sterne), leur atonie physiologique, sinon anatomique, et la diminution de la sécrétion biliaire étant autant de causes peu favorables à l'établissement de cette lithiase canaliculaire. Cependant, nous en rapporterons des exemples et discuterons leur pathogénie, ainsi que leur diagnostic.

De cette prédominance de la lithiase vésiculaire chez le vieillard, nous ne voulons pour preuves que la rareté chez lui du cortège douloureux et alarmant de la colique franche, l'extrême fréquence au contraire chez ces mêmes sujets des réflexes d'origine vésiculaire qui, par leur intensité anormale en comparaison avec les mêmes phénomènes observés chez l'adulte, s'élèvent chez le vieillard au rang de véritables formes cliniques.

Les phénomènes cardiaques, pulmonaires, cardio-pulmonaires, stomacaux, péritonéaux et nerveux, que l'on décrit habituellement comme phénomènes satellites de la crise chez l'adulte, ne sont pas comme on le pensait autrefois les prodromes de la lithiase. Ces prodromes sont, en réalité (Mossé), des formes frustes et atténuées de colique hépatique, ils font partie intégrante de sa symptomatologie et l'on ne saurait les en distraire.

Ce sont des réflexes ayant surtout, mais non exclusivement, pour origine la vésicule biliaire (Arloing-Morel), or, si leur importance est telle chez le vieillard c'est que luttant inefficacement contre l'obstacle, la vésicule biliaire du vieillard ayant perdu, avec l'âge, sa contractilité n'en a pas moins gardé sa puissance réflexe, aussi agit-elle à

distance sur les organes les plus susceptibles de réagir chez le vieillard, parce que plus faibles, c'est-à-dire le cœur et le poumon. En raison même de l'atténuation de la douleur dans la symptomatologie de la colique hépatique chez le vieillard ces réactions à distance deviennent prépondérantes quand chez l'adulte elles étaient, en général au second plan.

Aux âges extrêmes de la vie, l'enfance et la vieillesse, les analogies de réaction vis-à-vis de ce processus semblent assez frappantes. Chez l'un et chez l'autre, en effet, l'on ne constate qu'exceptionnellement ces douleurs cruciantes de l'adulte, et c'est une douleur très atténuée ou une forme larvée réflexe qui leur fait place. L'un ne peut pas encore expulser son calcul, l'autre semble n'en être plus capable. C'est, en d'autres termes, d'une part l'insuffisance dans le premier combat, de l'autre, l'épuisement après de longues luttes.

Nous décrirons très brièvement dans ce chapitre la colique hépatique franche chez le vieillard, pour nous appesantir davantage sur les syndromes larves qui la remplacent. Nous les diviserons en pulmonaires, cardio-pulmonaires, abdominaux et nerveux.

Nous devons faire à ce sujet une légère restriction, jamais en clinique l'on ne rencontre des formes véritablement pures. Elles s'associent avec d'autres en pratique, pour créer des types mixtes dont la forme cardio-pulmonaire sera la plus souvent observée.

La colique hépatique franche chez le vieillard. — La colique hépatique chez le vieillard peut avoir la même symptomatologie que chez l'adulte, nous la passerons sous silence étant trop connue et ayant été trop magistrale-

ment décrite par Pujol, Fauconneau-Dufresne, Murchison, Sénac, Charcot et Dieulafoy, pour nous permettre d'en donner ici une pâle reproduction.

Elle ne survient d'ailleurs (Sterne) que chez les gens ayant eu antérieurement des coliques hépatiques. Tout en restant excessivement douloureuse, il est rare de ne pas observer cependant par rapport aux accès antérieurs une diminution dans l'intensité de ces accès; diminution qui, progressive, aboutit généralement à la latence souvent absolue, ou plus fréquemment à la transformation de la colique hépatique en l'une de ses formes larvées. Cette forme, parfois toujours la même, permettra souvent le diagnostic rétrospectif de lithiase biliaire. Telles sont les seules particularités symptomatiques qu'elle présente.

Nous avons pu observer un cas de ces substitutions chez une femme qui fait l'objet de notre observation X, personnelle.

Les crises dont elle était atteinte, depuis l'âge de 48 ans ont régulièrement diminuées d'intensité à chaque accès; réduits bientôt à une simple pesanteur intermittente de l'hypocondre suivie d'un léger ictère, cette malade a vu s'installer dans la suite et par accès de véritables crises de fièvre paludéenne quant à leur symptomatologie; à ces accès ont enfin fait place des dyspepsies intermittentes stomacales (anorexie, nausées, fièvre), accompagnées de palpitations. En un mot, l'on croirait saisir chez cette malade le moment de transition entre celui où l'expulsion des calculs était encore possible et celui où, devenue insuffisante et inefficace, cette lutte a fait place à des réflexes à distance.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur la colique

hépatique chez le vieillard, du moins sous cet aspect clinique.

•

OBSERVATION I

(Inédite)

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PIC, n° 2216)

Coliques hépatiques à répétitions, anciennes. — Erysipèle de la face à répétition. — Troubles intestinaux, néoplasme probable, autopsie. — Néoplasme génital à début ovarien ayant envahi par contiguïté l'utérus et l'S iliaque. Thrombose de l'artère pulmonaire droite.

G..., 69 ans, ménagère.

Malade entrée à l'hôpital pour de l'oppression et des douleurs multiples, le 12 mai 1909.

Antécédents. — Rougeole, varicelle dans l'enfance. Erysipèle à répétition. Mariée, six enfants. Ni alcoolisme ni spécificité. A 25 ans, coliques hépatiques, suivies d'ictère qui dura un mois. Il y a deux ans, nouvelle crise avec vomissements. Elle est soignée pour coliques hépatiques dans le service de M. le professeur Pic. Elle sort guérie.

Depuis longtemps, elle est essoufflée. Il y a quinze jours, douleurs abdominales vagues, nausées, palpitations : par moment, dyspnée vive. Douleur maxima à l'épigastre, irradiation à l'épaule droite. Constipation. Vomissements continuels.

Palpation douloureuse à l'épigastre, mais non au niveau de la vésicule. *Foie et rate* : examen négatif. *Cœur* : pointe dans le cinquième espace. Eclat du deuxième bruit pulmonaire. Elle sort améliorée le 29 mai. Revient à l'hôpital le 5 juin pour douleurs abdominales épigastriques. Elle ne vomit plus. Dix selles par jour, avec peaux blanchâtres. Palpation épigastrique douloureuse. Arythmie cardiaque. Foie gros. Utérus gros, bosselé, fibromateux.

Le 16 juin, la malade meurt subitement. On constate :

A l'autopsie : un cancer encéphaloïde de l'ovaire gauche ayant envahi l'utérus et l'S iliaque droit et une thrombose de l'artère pulmonaire. Quelques calculs dans la vésicule. Foie et rate normaux.

OBSERVATION II

(Inédite)

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PIC, n° 2459)

Lithiase biliaire. — Coliques hépatiques. — Emphysème

P..., 69 ans, casquetière.

Typhoïde à 8 ans. Bronchites à répétition pour lesquelles elle rentre à l'hôpital. Depuis huit jours, elle souffre dans l'hypocondre droit ; le 5 novembre, subictère, oppression marquée. Toute la région hépatique est douloureuse. La palpation est impossible. Péritonisme sous-hépatique. Nausées, vomissements, constipation. Selles non décolorées. Cœur : bruit sourd. Pas de bruit de galop.

Au poumon, signes d'emphysème. Quelques râles à la base droite. Urine hépatique et albumineuse.

Intra-dermo-réaction faiblement positive.

23 novembre. — Accès dyspnéiques avec cyanose. A l'auscultation, peu de râles, respiration stertoreuse.

Cœur, tendance à l'embryocardie. L'abdomen est moins douloureux, et l'on perçoit maintenant une tumeur vésiculaire.

T 38°8.

La malade sort améliorée du service.

OBSERVATION III

(Inédite)

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADE,
HOSPICE DU PERRON)

*Lithiase biliaire. — Colique hépatique franche. — Forme
gastralgique*

Ch... F., 73 ans.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : n'ont pu être recueillis.

Le 17 mai 1903 au soir, le malade est pris de douleurs vives au niveau de la région hépatique, avec dyspnée intense et cyanose de la face (phénomènes pulmonaires réflexes). Battement du cœur faibles et très ralentis. Poids filiforme. Une saignée pratiquée sur le champ soulage la dyspnée du malade.

Urines sans pigment.

La malade se cachectise. — Meurt le 2 juin 1910.

A l'examen, augmentation du volume du foie. Palpation douloureuse de toute la région hépatique. T. 39°5.

Pendant la nuit, nouvel accès de dyspnée.

Le 18, la plupart des symptômes ont disparu. La température est redevenue normale. Il persiste un léger subictère au niveau des conjonctives. Poumon et cœur : rien à signaler.

Appareil digestif : Quelques nausées. Jamais de vomissements. Anorexie.

Le 22, les douleurs ont disparu.

Le 15 juin, douleurs lombaires plus marquées du côté droit avec phénomènes de sciatique. Pas de reprise de douleur hépatique.

Le 24 août 1909. — Nouvelle crise de colique hépatique à forme gastralgique avec T. 38°9.

30 août. — Nouveau syndrome gastralgique avec vomissements alimentaires. T. 39°7. Subictère.

Sensibilité très marquée du point vésiculaire.

OBSERVATION IV

(Inédite)

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PIC, n° 2578)

Coliques hépatiques avec ictère. — Accès fébrile d'angiocholite

L... Cl., 60 ans, lingère.

Rentrée à l'hôpital le 15 avril 1910 pour affection hépatique.

Début il y a deux ans, douleur dans l'hypocondre droit pendant une semaine environ. Depuis, même douleur par intermittence, mais sans fièvre. Au commencement de janvier, étant à son travail, elle est prise de frissons, de nausées, de vomissements avec douleur violente de l'hypocondre droit. Depuis un mois, elle est alitée. Nouvelle crise il y a 8 jours. Les troubles digestifs se sont accentués. Jamais de mœlena : matières de coloration normale.

Examen : Malade amaigrie, subictérique.

Rien au cœur ni au poumon. Abdomen souple.

Palpation de l'hypocondre douloureuse, mais surtout au point vésiculaire. Pas d'hépatomégalie appréciable. T. 39°8-38°6.

L'appétit est très diminué.

Autopsie : Ascite avec fausses membranes.
Calcul du cholédoque. Tumeur pancréatique cancéreuse.

Réagissant d'une façon presque constante dans les coliques hépatiques chez le vieillard. Ob. II, III, V, VI, le poumon, dont la situation anatomique peut d'ailleurs expliquer cette réaction, ce sont les formes pulmonaires larvées que nous allons étudier les premières.

Formes pulmonaires. — C'est surtout à Guénéau de Mussy ; Fabre, de Marseille, 1880, Ord, Mas, Mossé, Sterne et Parisot, de Nancy, que nous devons la description clinique des accidents pulmonaires ou plus exactement pleuro-pulmonaires (Mossé), observés au cours de la lithaïse biliaire chez le vieillard.

Ces accidents peuvent être classés en deux catégories bien distinctes :

1° Les uns, accidents pulmonaires purs, accompagnent ou suppléent la colique hépatique.

2° Les autres, associés à des phénomènes cardiaques arythmiques ou même asystoliques, seront décrits dans le chapitre suivant des formes mixtes cardio-pulmonaires.

Les premiers de ces accidents nous intéresseront seuls ici. Avec M. Sterne, de Nancy, nous en distinguerons trois variétés :

a) La plus légère et la plus bénigne à la fois de ces variétés est réalisée par un simple point de côté (pleurodynie) sous la dépendance probable d'une réaction pleurale de voisinage, sans que l'auscultation permette de déceler le moindre râle congestif aux bases pulmonaires.

b) La seconde de ces formes est caractérisée par une congestion limitée à la base droite, cliniquement et anatomiquement

C'est au cours d'un accès de colique hépatique, en effet, que l'on voit la température s'élever et atteindre 38° à peine, le malade être pris d'une toux d'abord sèche, fatigante, pénible, bientôt suivie d'une expectoration visqueuse et d'une légère dyspnée. Si l'on ausculte alors le malade, on constate sur une petite étendue la présence de râles crépitants fins, assez nombreux; quelquefois même des frottements pleuraux témoignent du processus sous-jacent.

Plus rarement les phénomènes fonctionnels font défaut et seuls les phénomènes objectifs stéthoscopiques sont présents.

c) La troisième de ces variétés apparaît dans des conditions bien différentes des deux premières.

A l'inverse de la forme précédente, ce sont les phénomènes pulmonaires qui dominent ici le tableau symptomatique, et les signes de la colique hépatique ne sont que très peu ou pas appréciables (Sterne).

Son début solennel rappelle celui de la pneumonie. Comme dans cette maladie, en effet, la température monte brusquement jusqu'à 39°, fièvre intense pour un vieillard dont les réactions sont, par définition, toutes amoindries.

Le point de côté violent, la matité, la dyspnée intense, les râles sous-crépitaux complètent encore cette analogie. Il n'est pas jusqu'à l'ictère qui ne puisse faire croire à l'existence d'une pneumonie bilieuse; l'expectoration, cependant, n'est pas analogue à celle de la pneumonie, elle est plutôt sanguinolente. Leur évolution hâtive, trois ou quatre jours en moyenne, et leur répétition fréquente sont des caractères qui leur donnent cependant une physionomie clinique assez particulière pour les pouvoir différen-

cier d'avec les affections pulmonaires primitives si fréquentes chez le vieillard.

La contiguïté, le voisinage du foie hyperemié sous l'influence d'un processus vraisemblablement infectieux suffisent à expliquer les phénomènes pulmonaires contemporains de la crise. Quant aux formes pleuro-congestives ou pneumoniques, elles reconnaissent, comme les formes mixtes cardio-pulmonaires que nous allons étudier plus loin, pour pathogénie un réflexe qui, parti de la muqueuse des voies biliaires et par l'intermédiaire du pneumogastrique, produit une vaso-constriction des capillaires pulmonaires.

OBSERVATION V

(IN TH. MAS, MONTPELLIER, 1891)

Louise R..., 69 ans.

En septembre 1888, point douloureux dans le côté droit avec vomissements bilieux et alimentaires, pas d'ictère, apyrexie. Signes de congestion pleuro-pulmonaire à la base droite. Elle disparut rapidement et il ne persista que quelques phénomènes pleuraux dans la suite.

En janvier 1891. — Quelques vomissements avec malaises et douleur dans le côté droit.

Le 26 janvier. — Crise douloureuse très vive avec toux, vomissements, augmentation de la matité hépatique. Au bout de quelques heures, la douleur diminue et apparaît l'ictère, des frottements pleuraux. Apyrexie.

Le 6 février. — Douleur vive dans le flanc droit et vomissements alimentaires.

Le 7 février. — Violent accès de fièvre, sans douleur. T. 40°1. Malaise général. La fièvre hépatalgique est la seule manifestation de la lithiasé biliaire.

Le 8 février. — Quelques frottements à la base droite. T. 37°3. Diminution de l'ictère.

Le 9 février. — Guérison.

OBSERVATION VI

(Inédite)

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PIC)

Cholécystite suppurée avec obstruction du cystique, phénomènes pulmonaires réflexes. Forme broncho-pneumonique de la lithiase biliaire chez les vieillards.

Rich..., 72 ans, journalière, entre à l'hôpital le 9 janvier 1911, avec une dyspnée intense et une toux fréquente. La malade se couche sur le côté droit de préférence. T. 38°2. L'interrogatoire ne donne que peu de renseignements.

A l'examen du poulmon : A gauche, rien d'anormal à la percussion ; à droite, sonorité augmentée en arrière.

Palpation normale.

A l'auscultation : A droite et en arrière, sibilances et râles muqueux au sommet. A la base, prédominance de râles muqueux et un foyer de râles sous-crépitants. A gauche, à la base, râles muqueux nombreux.

En avant, ronchus et quelques râles fins des deux côtés. Pas de modification dans la transmission de la voix. Trente-six respirations à la minute.

Cœur : Pointe dans le septième espace. Bruits sourds à l'orifice pulmonaire et aortique. Pouls à 140.

Pendant l'auscultation, la malade se plaint de la région hépatique. A ce niveau, l'on note des pulsations synchrones à la systole ventriculaire et de la défense pendant cet examen.

Appareil digestif : langue blanche. Incontinence des matières. Urine albumineuse.

Le 12. — Abcès de fixation. Pouls, 128. R. 32.

Foyers de râles fins au 1/3 supérieur gauche et à la base droite.

Le 14. — Amélioration.

Le 25. — La cachexie est extrême. La malade meurt.

Autopsie. : 26 janvier 1911. — Poumon emphysémateux. Aucun foyer d'hépatisation ni même de congestion.

Cœur : Normal. Foie 810 grammes, gras, vésicule énorme contenant 100 grammes de pus bien lié avec une quinzaine de petits calculs octaédriques blancs. Gros calcul à l'origine du cystique. Parois de la vésicule un peu sclérosées. Rate,

110 grammes, scléreuse. Reins un peu scléreux, autres organes normaux.

En résumé, l'on eut affaire ici à des phénomènes pulmonaires réflexes chez une lithiasique presque latente puisque l'on avait eu pendant la vie qu'une simple douleur dans le côté droit.

Formes cardiaques et cardio-pulmonaires. — Elles ont été signalées et étudiées depuis cinquante ans environ. Mahot décrivit l'asystolie au cours d'une colique hépatique chez une malade de Potain. Destureaux étudia les dilatations du cœur d'origine gastro-hépatique. Potain, Barié, Rendu, Sterne, Mauger ont enfin contribué à mettre en lumière le mécanisme et le diagnostic de ces accidents si redoutables. Curry, Stokes, Brouardel ont surtout, dans leurs travaux, étudié les formes cardiaques.

Au point de vue clinique, l'on peut diviser ces manifestations cardiaques en deux classes :

Une première dans laquelle elles se traduisent surtout par des palpitations, la lipothymie et même la syncope; une deuxième dans laquelle elles se traduisent par des troubles de fonctionnement du cœur allant chez le vieillard artério-scléreux, jusqu'à produire l'asystolie. Ces derniers troubles étant toujours accompagnés de phénomènes congestifs plus ou moins marqués du côté des poumons, l'on est en présence, en réalité, de formes mixtes cardio-pulmonaires.

Les palpitations, décrites pour la première fois par Stokes, surviennent surtout chez les femmes, les sujets névropathiques, et ne semblent pas en rapport avec l'intensité de la colique hépatique. Elles s'accompagnent souvent d'angoisse, de gêne respiratoire, et peuvent se compliquer d'arythmie ou d'intermittences.

Ce sont là souvent les seules manifestations observées. Quelquefois, cependant, les accidents deviennent plus sérieux, l'état lipothymique est remplacé par la syncope avec arrêt du cœur en diastôle. La mort peut alors survenir tantôt rapide en quelques heures, tantôt plus tardive, elle survient alors dans la nuit ou dans le jour qui suivent l'apparition de la colique hépatique.

C'est, en effet, surtout chez le vieillard que se produisent ces syncopes mortelles, comme le prouvent les observations de Durand-Fardel chez une femme de quatre-vingt deux ans; de Curry chez une femme de soixante-douze ans; de Sterne chez une femme de soixante-seize ans et un homme de soixante-sept ans.

Dans la seconde classe, c'est-à-dire dans les formes mixtes cardio-pulmonaires, nous distinguerons, avec Mauger :

1° Les accidents cardio-pulmonaires survenant au cours de la colique hépatique larvée;

2° Les accidents survenant au cours d'une cirrhose calculeuse et que l'on rencontre surtout chez le vieillard, les précédents étant plus fréquents chez l'adulte.

Dans le premier cas, les troubles cardio-pulmonaires suivent rapidement la crise de colique hépatique; or, chez le vieillard, cette crise étant le plus souvent larvée, ces troubles passent au premier plan, dominant entièrement le tableau clinique au point qu'ils en imposent pour des phénomènes cardio-pulmonaires primitifs.

Le malade légèrement ictérique révèle à l'examen une hépatomégalie, dont Béau, Naunyn et Wolf ont bien démontré l'existence, en dehors de toute cirrhose, au cours de la colique hépatique. Le palper est douloureux sur toute

l'étendue de la région hépatique, plus rarement l'on réveille une douleur plus localisée au point cystique et l'on peut même avoir cette sensation d'un sac de noisettes, au palper de la vésicule, décrite par J.-L. Petit.

La pointe du cœur abaissée et déviée en dehors, ondule sous la main, et l'on sent au palper de la région précordiale, soit une augmentation, soit une diminution de l'impulsion cardiaque. La matité du cœur est élargie, le 2^m bruit claquant, l'arythmie et les intermittences fréquentes; assez exceptionnellement l'on constate un galop droit. Enfin, lorsque les accidents prennent une gravité extrême, il se produit une insuffisance tricuspidiennne traduite, à l'auscultation, par un souffle systolique doux, siégeant au niveau de l'appendice xyphoïde et se propageant le long du bord droit du sternum.

Le pouls, mou, dépressible, traduit l'arythmie cardiaque.

Aux poumons, l'on ne trouve que quelques râles sous-crépitaunts unis ou bilatéraux, mais prédominant toujours à droite. L'état gastrique concomittant est celui qui accompagne en général les crises de colique hépatique, nausées, vomissements, langue saburrale.

Puis, lorsque l'état asystolique se prolonge un peu, or, il peut en réalité devenir définitif, si un calcul s'enchatonne dans les voies biliaires (Charcot), — on constate alors de l'œdème des malléoles, de la cyanose des extrémités qui sont froides.

Ainsi que le dit Charcot, un malade arrivé à cet état n'est plus un hépatique, c'est un cardiaque.

Tel est le tableau de l'asystolie d'origine biliaire, pourrait-on dire, dont le pronostic est des plus réservé.

Sa pathogénie est en tout semblable à celle que nous avons indiquée précédemment pour les formes pulmonaires. Sous l'influence de la vaso-constriction pulmonaire se trouve réalisée une élévation de la tension sanguine dans la petite circulation. Devant cet obstacle, le cœur droit se dilate et cela d'autant plus facilement qu'il sera plus sénile. Quand le réflexe se prolonge, la dilatation cardiaque aboutit à l'insuffisance tricuspidiennne.

Lorsque les troubles seront essentiellement cardiaques, l'action réflexe est encore indéniable, mais gagnant directement le muscle cardiaque, sans l'intermédiaire du poumon, le réflexe semble emprunter la voie du grand sympathique.

Sur les phénomènes cardio-pulmonaires survenant au cours d'une cirrhose calculeuse chez le vieillard, nous serons plus bref, car ils ressemblent, au point de vue objectif, aux phénomènes décrits plus haut.

Chez un vieillard présentant quelques troubles dyspeptiques intestinaux intermittents, symptomatiques de la cirrhose dont il est porteur, et dans le passé duquel l'on a relevé des accès de fièvre intermittente non paludéenne, apparaissent quelques prodromes avertisseurs.

C'est une pesanteur douloureuse au niveau de l'hypochondre droit, accompagnée de quelques battements de cœur et d'une dyspnée légère. Puis, subitement, le malade est pris d'un véritable essoufflement; la température s'élève légèrement, faisant penser au début d'une affection pulmonaire aiguë chez un vieillard; le cœur affolé est très nettement arythmique, les pulsations sont petites, inégales, intermittentes; le visage est pâle sans asphyxie apparente; Lictère fait, en effet, souvent défaut. La température, qui

s'était élevée au début, redevient normale, et l'on a le tableau clinique d'une asystolie sans œdème des membres inférieurs. Le foie est gros, dur et sensible; les urines, diminuées, ne contiennent pas de pigments biliaires, et le cœur donne à l'examen tous les signes d'une dilatation aiguë.

OBSERVATION VII

(PROFESSEUR AGRÉGÉ PARISOT. IN TH. STERNE, Nancy 1896)

Lithiase biliaire avec syncope mortelle. Forme cardiaque

Pe., 76 ans.

Il y a deux ans, accès francs de coliques hépatiques à deux reprises différentes.

Le 8 avril 1896. — Nouvel accès à symptomatologie complète.

A noter seulement que les battements du cœur sont sourds.

Le 9 avril. — La malade se plaint toujours de douleurs remontant vers l'épaule droite.

Ictère généralisé. Les vomissements ont cessé. Pas de selles. Ventre très distendu. Urines avec sels biliaires.

Pendant que l'on prend le pouls de la malade qui est couchée sur son lit, l'on sent trois ou quatre pulsations irrégulières, le pouls s'arrête, la malade meurt subitement.

Autopsie : Pouxions emphysémateux.

Cœur : surcharge graisseuse, le myocarde a une épaisseur normale, teinte pâle, feuille morte.

Foie : augmenté de volume. Nodules de cancer encéphaloïde. Calculs dans la vésicule, au niveau de l'ampoule de Water.

Reins normaux.

OBSERVATION VIII

(Dr A. MONNIER. IN THÈSE MAUGER, PARIS 1910)

Accidents cardio-pulmonaires au cours de la cirrhose calculeuse.

Malade âgé de 71 ans. Antécédents héréditaires et personnels inconnus. En juin 1903, séjour à l'hôpital pour hernie gauche. Entre à nouveau à l'hôpital, mars 1905. Entre temps,

il aurait eu des poussées irrégulières de fièvre et son foie aurait été reconnu gros et douloureux. En 1905, atteint d'érysipèle de la face, il est dirigé sur les pavillons d'isolement des maladies infectieuses.

Le 12 septembre 1905, il entre pour de l'essoufflement, des battements de cœur et aussi parce que la région de l'hypocondre droit est douloureuse et pesante. Ces phénomènes existent depuis trois ans environ et vont en s'accroissant. Le matin même, la douleur a été plus vive que de coutume, il a vomi. Facies pâle plus qu'ictérique. Les urines ont une coloration normale, ni pigments, ni albumine, 1250 grammes, densité diminuée.

Langue sale. Pas de selles depuis quelques jours.

Fièvre peu élevée, 38°4, pouls, 120, irrégulier, intermittent. Ventre assez souple, mais douloureux en un point, à la pression. Cette douleur est continue et plus accusée dans les fortes inspirations. Gros foie très sensible, gros cœur, cœur plus dilaté qu'hypertrophié. Pas de souffle perceptible à l'oreille, mais une arythmie des plus prononcées.

Poumons : Emphysème des sommets. Râles sibilants aux bases. Jours suivants, température tombe. Le 14 septembre, rythme du cœur redevient normal. La douleur de l'hypocondre persiste. L'oppression est moindre. Urine légèrement albumineuse. Après quelques semaines, tout rentre dans l'ordre.

Le foie, moins sensible, a diminué de volume.

Pouls à 60-70 pulsations.

Etat général et local est tel que non seulement la vie commune est reprise mais aussi les occupations journalières.

En janvier 1908. — Toux, oppression. Palpitation, arythmie. Hépatomégalie. Troubles digestifs. Douleur de l'hypocondre. Tableau de l'asystolie sans œdème des membres inférieurs. Râles de congestion aux bases pulmonaires. Urines bilieuses.

18 janvier. — Les symptômes s'amendent. Le malade demande à sortir. Huit mois après, il revient, cœur affolé, oppression extrême, jambes œdématisées. L'ictère apparaît pour la première fois. Appétit disparu, le malade se cachectise.

Le 11 octobre. — Le malade meurt brusquement en cardiaque.

A l'autopsie. — Poumons congestionnés aux bases surtout. Tubercules crétaçés sous-pleuraux. Gros cœur, 480 grammes, dilaté et hypertrophié. Aorte dilatée, athéromateuse.

Foie scléreux, avec canaux distendus, contenant du sable et de la poussière biliaire.

Reins légèrement congestionnés.

Rate congestionnée.

Formes abdominales. — De même que la vésicule irritée sous l'influence occasionnelle provocatrice de la crise, transmet un réflexe au cœur et au poumon pour donner les formes cardio-pulmonaires, de même la vésicule biliaire transmettant à l'estomac et au péritoine des réflexes analogues, donnera lieu aux formes abdominales de cette colique hépatique.

Nous en étudierons donc de deux ordres :

1° Les formes stomacales;

2° La forme péritonéale, ou pseudo-occlusion intestinale d'origine biliaire.

Formes stomacales. — I. Pseudo-gastralgique. Dans un premier type, la colique hépatique chez le vieillard ne se traduit que par des douleurs gastralgiques prises pour des crampes d'estomac ordinaires. Ces douleurs sont accompagnées, cependant, le plus habituellement, de vomissements. Ce sont des vomissements que l'ingestion des aliments, à l'encontre des gastralgies hyperchlorydriques, ne parvient pas à calmer. La présence de petits frissons et le subictère léger viendront donner à cette symptomatologie plus de netteté, et faire penser à la possibilité d'une colique hépatique larvée. Ce fut là le début de l'affection de cette malade, dont nous rapportons l'observation (obs. xxxvii). Sujette depuis longtemps à des crampes d'estomac sur lesquelles elle n'avait attiré que fort peu son attention, cholémique avérée, cette malade fut, le 27 juin 1911, après son repas, surprise par une de ces crises vio-

lentes dont elle n'était plus coutumière depuis quelque temps, crise à la suite de laquelle elle devint jaune, et ses matières furent décolorées. Depuis lors, avec des signes d'intolérance stomacale, surajoutés et doublés de cachexie, cette malade évolua comme une lithiasique, alors que le diagnostic primitivement porté avait été en raison de l'amaigrissement progressif de la malade, néoplasme de l'estomac, avec généralisation secondaire possible au foie.

OBSERVATION IX

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PIC, n° 700)

Lithiase à forme gastralgique

C... Jeanne, 71 ans. Depuis 20 ans, coliques hépatiques, antérieurement, la malade n'avait jamais été souffrante. Il y a deux ans, douleurs épigastriques accompagnées d'ictère et de décoloration des matières.

Elle rentre à l'hôpital, 30 janvier 1905, pour des crises de gastralgie atroces, survenant surtout le soir vers les huit ou neuf heures. Douleurs irradiées dans les deux seins et dans les épaules. Durée : une ou deux heures.

Pas de vomissements. Anorexie. Vertiges et dyspnée.

Examen : Malade amaigrie. Subictérique. Ventre souple, mais douleur très nette à la palpation vésiculaire. Cœur normal. Pouls régulier à 84 pulsations. Urines, pas d'albumine.

La malade sort du service très améliorée.

Plus fréquente est la seconde des formes stomacales de la colique hépatique.

Forme dyspeptique. — Un malade légèrement fébrile présente avec une sensation de lassitude généralisée assez brusquement une anorexie et une inappétence presque absolues, quelques nausées; la région épigastrique est endolorie, car les phénomènes douloureux sont ici au second plan et les phénomènes dyspeptiques, au contraire, au

premier. La langue du malade est saburrale; il a une constipation opiniâtre; le foie est légèrement augmenté de volume et le lendemain survient parfois l'ictère révélateur de la nature de cet accès. Puis tout rentre dans l'ordre, et cela brusquement. C'est donc à l'ictère, en définitive, qu'il faudra toujours avoir recours pour faire le diagnostic de ces dyspepsies intermittentes.

Ce ne sont, en résumé, dans ces cas que les phénomènes stomacaux de la crise habituelle de l'adulte qui, prenant ici une prédominance exagérée sur l'élément douleur, en masquent l'origine. C'est une preuve nouvelle de cette notion que la colique hépatique chez le vieillard a une symptomatologie inversée de celle de l'adulte.

OBSERVATION X

(Personnelle)

*Coliques hépatiques. — Fièvre intermittente hépatalgique.
Dyspepsie stomacale d'origine biliaire*

C..., 64 ans, mère morte d'une maladie de foie à 57 ans.
Père mort d'un anévrisme.

Antécédents personnels : seraient nuls au dire de la malade.
Ni bacillose, ni spécificité, ni rhumatisme.

Mariée, a eu trois enfants, dont un seul a survécu. Pas de fausses-couches.

Névralgies fréquentes, surtout à la face. Au point de vue nerveux, femme très émotive.

A 48 ans, six ans après la ménopause, apparition de coliques hépatiques. Durée de la crise, six à huit jours, matières décolorées. Ictère. Depuis, chaque année, la malade a eu des crises analogues, mais, cette fois, les matières n'étaient plus décolorées. Colique vésiculaire.

La malade nous fait elle-même remarquer que la douleur devenait de moins en moins forte, si bien que depuis deux ans, ces crises ont disparu en tant que phénomènes dou-

loureux ; mais, à leur place, la malade a vu s'installer des accès de fièvre caractérisés par des frissons, de la chaleur et des sueurs durant deux heures environ, de 8 à 10 heures du matin et pendant lesquelles, abattue, elle n'avait même pas le courage de se rendre jusqu'à son lit lorsque l'accès la prenait sur la chaise. Ces accès pénibles disparurent et maintenant ce sont des digestions pénibles par intermittence, de la dyspepsie (anorexie, vomissements, ballonnement du ventre avec pesanteur douloureuse dans l'hypocondre droit) qui survient par accès après lesquels la malade est très bien, elle nous a même avoué ne plus s'inquiéter de sa maladie de foie.

A l'examen objectif : Foie légèrement abaissé, douleur profonde, très nette à la palpation au point cystique. A cet endroit, on perçoit une tumeur présentant tous les caractères d'une tumeur biliaire. Grosse rate.

Forme péritonéale. — La forme péritonéale est la dernière des formes abdominales que nous ayons à signaler. Nous empruntons à Sterne sa description :

« A défaut de la péritonite qui se produit parfois, dit-il, et qui, à elle seule, révèle la présence de calculs dans les voies biliaires, le reflexe agissant sur le péritoine tout comme sur l'intestin, il se produit du péritonisme, une fausse obstruction intestinale. On a alors des symptômes tels que ceux-ci : douleur diffuse dans l'abdomen, parfois très intense, ventre tendu, météorisé, constipation opiniâtre ne cédant parfois pas aux purgatifs, hoquet, vomissements, intolérance de l'estomac pour les aliments, facies grippé, pouls petit, filiforme. Si, à celà, ajoute Sterne, se joint, comme il est fréquent chez le vieillard, une hernie irréductible, on pourra croire à un étranglement herniaire ».

Nous devons cependant ajouter que cet accident peut se rencontrer dans les cas de calcul cholédocien, auquel.

cas, le réflexe n'est plus vésiculaire et sort du cadre de cette pathogénie.

A côté de ces formes et terminant la série déjà longue de ces syndromes larvés, nous étudierons enfin les réactions nerveuses du vieillard suppléant un accès de colique hépatique, ou plus rarement chez lui, l'accompagnant.

Ces formes abdominales relèvent au même titre que les formes précédentes d'une pathogénie réflexe, mais dans le cas de pseudo-obstruction intestinale, ce réflexe peut avoir pour point de départ l'extrémité terminale du cholédoque (Sterne).

OBSERVATION XI

(PROFESSEUR AGRÉGÉ PARISOT. IN TH. STERNE, Nancy, 1896)

Colique hépatique simulant une obstruction intestinale

Mme G..., 77 ans.

Femme nerveuse. Il y a trente ans, colique hépatique franche avec vomissements. Pneumatose abdominale.

Depuis trente ans, plus de coliques hépatiques.

Depuis un an, elle a eu, à différentes reprises, de l'asystolie à la suite d'une pneumonie. Il y a deux mois, il s'est produit une douleur dans le côté droit très légère. Au moment où elle fut examinée, la malade avait déjà du subictère et des urines bilieuses. Elle accusait surtout une douleur abdominale diffuse, une constipation opiniâtre, du tympanisme, elle rendait cependant quelques gaz.

Puis la douleur abdominale diminua, mais le météorisme empêchait de se rendre compte du volume du foie. Poumon et cœur, rien à signaler.

Lavement purgatif sans effet.

Le lendemain, purgation sans effet, la douleur dans le ventre et le point de côté persistent. Le surlendemain, nouvelle purgation, selles nombreuses, la douleur abdominale disparaît.

Le ventre étant déballonné, on constate que le foie est augmenté de volume.

Le troisième jour, petit foyer de râles sous-crépitaux et douleur à la base droite, apyrexie. L'ictère disparaît vite ainsi que les râles sous-crépitaux. L'augmentation du foie persiste.

*Formes nerveuses.*⁵ — Sur ce sujet, les travaux de Pen-tray, Magnin, Charcot, Besnier et Cyr nous dispenseront d'une longue description. Sans parler du siège de la douleur qui, chez le vieillard comme chez l'adulte, peut simuler une névralgie intercostale, les formes nerveuses habituellement constatées chez le vieillard sont : les frissons et les accès de fièvre intermittente hépatique. Quant aux troubles hystériformes ou épileptiformes observés par Charcot, quant aux formes hypocondriaques (Sterne) surtout, nous croyons plutôt pour ces dernières à une complication psychique d'une insuffisance hépatique latente, d'une altération cellulaire hépatique méconnue, comme les travaux de Klippel sur les relations des psychoses à forme dépressive et l'insuffisance hépatique en ont démontré la réalité.

Ce n'est là qu'une hypothèse sans doute, dont la vérification était au delà de nos moyens personnels; nous croyons cependant que dans les quelques rares formes analogues que l'on pourrait observer, il serait utile d'analyser de très près les phénomènes de l'insuffisance hépatique, pour voir s'ils ne coïncident pas d'une façon presque constante avec ces troubles, et si même la gravité de ces formes n'est pas en rapport direct avec l'intensité de l'altération cellulaire elle-même.

Le simple frisson comparable à celui qui suit le cathétérisme des voies urinaires peut, dans un certain nombre de cas, être la seule manifestation de la colique hépatique chez le vieillard. On nous objectera que, dû probablement

à une septicémie passagère, il relève des formes infectieuses atténuées de la lithiase; sans doute, mais en raison de la bénignité même de cette infection et de cette réaction purement nerveuse, nous avons cru devoir la classer dans ces formes : son intermittence et sa durée éphémère sont d'ailleurs, en outre, d'autres raisons qui font de ce frisson, plus un équivalent de la colique hépatique, qu'une complication.

Des accès de fièvre intermittente hépatique, périodiques et indépendants de toute infection, peuvent aussi remplacer la crise hépatique. Survenant chez des femmes, et souvent vespéraux, ils n'ont pas, comme les accès paludéens qu'ils rappellent par leur symptomatologie, l'hypertrophie splénique et la présence dans le sang des hématozoaires de Laveran qui donnent à ces derniers leur autonomie clinique.

« C'est également et enfin à la lithiase biliaire que devront faire songer, chez les vieillards, les accès fébriles à périodicité éloignée et régulière, tels que les fièvres septane et octane des anciens, une fois l'intégrité des voies urinaires reconnue. » (Charcot). Ces accès de fièvre intermittente s'accompagnent parfois d'une asthénie telle que les malades, pendant des heures entières, n'ont pas le courage de se lever de la chaise où ils sont assis, et attendent là, que l'accès passe.

Une fois terminé, d'ailleurs, leur appétit et leur gaieté, qu'ils avaient momentanément perdus, reviennent aussitôt.

Le sujet de notre observation x en est un bel exemple.

Nous ne rapportons pas ici d'autres observations de ces formes, n'en ayant pas rencontré qui offrent ce type clinique à l'état de pureté. Aussi devra-t-on consulter les

observations au cours desquelles se trouvent signalés ces troubles, ces réactions nerveuses, frissons et fièvre.

Ces formes reconnaissent, pour la plupart, une pathogénie infectieuse, mais une pathogénie atténuée, en tous les cas. A ce titre, elles forment donc une transition naturelle entre les formes larvées de la colique hépatique et les complications de la lithiase biliaire dont elles semblent être la plus bénigne des manifestations.

Les frissons et les accès fébriles intermittents relèvent donc vraisemblablement d'une éraillure de la muqueuse, avec résorption de produits toxiques pyrétogènes, ou peut-être même d'une septicémie passagère. (Charcot).

OBSERVATION XII

(STERNE TH. Nancy 1906)

Forme hypocondriaque de la lithiase biliaire

Veuve L..., 76 ans, balayeuse.

Au point de vue mental, cette femme présente cette particularité qu'un de ses fils est mort de manie aiguë à l'âge de 40 ans.

Elle n'a jamais présenté aucun signe d'aliénation mentale, sauf, à trois reprises, pendant trois semaines environ avant chacun de ses accès de coliques hépatiques et durant leur cours elle présenta du délire des persécutions, caractérisé de la manière suivante : elle refusait de quitter son lit et de prendre aucune nourriture sous prétexte qu'on voulait l'empoisonner, à tel point, qu'à plusieurs reprises on fut obligé d'employer la sonde pour la nourrir, et quand on parvenait à lui faire prendre quelques aliments, elle surveillait de son lit la cuisine pour voir si l'on n'ajoutait pas de poison à sa nourriture. Elle prétendait, en outre, qu'on lui en voulait et croyait que tout le monde complotait contre elle.

La troisième atteinte permit de prévoir la troisième crise de colique hépatique qui emporta la malade et dont le diagnostic fut vérifié à l'autopsie.

Avant de clore ce chapitre sur les formes larvées de la colique hépatique chez les vieillards, nous ferons remarquer que leur intensité est toujours en raison inverse du phénomène douloureux hépatique; aussi comprendra-t-on aisément qu'en pratique, chez le vieillard, l'on puisse voir tous les intermédiaires entre la colique franche accompagnée de quelques rares palpitations, ou inversement les grands phénomènes asystoliques sans réaction douloureuse appréciable, fait plus fréquemment observé.

CHAPITRE III

Complications de la Lithiase biliaire chez le Vieillard

A. — COMPLICATIONS INFECTIEUSES

Nous diviserons les complications de la lithiase biliaire chez le vieillard en complications infectieuses et mécaniques. Chez lui, en effet, les complications infectieuses, surtout chroniques, ont une telle importance dans leurs conséquences que nous les décrirons les premières.

Elles dominent l'histoire clinique de cette affection dans ce qu'elle peut avoir de dangereux et de grave, puisque de l'infection relèvent les cholécystites, origine probable des autres complications. Il semble, en effet, que la vésicule soit là comme un centre morbigène dont l'extension régionale stomacale et appendiculaire suffit à expliquer les sténoses gastriques biliaires, les cholécysto-appendicites, l'occlusion intestinale, les pyléphlébites adhésives et les hémorragies intestinales elles-mêmes, qui vont faire l'objet de notre étude.

Nous tenions, avant d'en préciser la symptomatologie, à mettre en relief cette prédominance des complications infectieuses chez le vieillard, et la chronicité du processus

infectieux qui les régit. Sans doute, quelques-unes de ces manifestations sont parfois dramatiques, suraiguës, hémorragies, par exemple, mais ce n'est que l'aboutissant terminal et malheureux d'une infection insidieuse, sournoise même, dirons-nous, et contre laquelle insuffisamment prévenu, l'on a insuffisamment lutté.

Plus rares et moins graves sont les complications mécaniques. Plus rares parce qu'elles trouvent, pour se produire, des conditions anatomiques et physiologiques insuffisantes : dilatation des canaux biliaires, diminution de leur contractilité. Moins graves aussi, car ces conditions mêmes ne permettront que rarement un obstacle total à l'écoulement biliaire qui commande le pronostic de ces complications.

Il ne faudrait pas, cependant, croire ces complications indemnes de toute gravité. Aussi nous nous proposons, à côté de leurs variétés symptomatiques, d'en démontrer toute l'importance.

CHOLÉCYSTITE ET PÉRICHOLÉCYSTITE CALCULEUSES

CHEZ LE VIEILLARD

Cholécystite et péricholécystite calculieuses chez le vieillard. — Des formes anatomiques et cliniques bien étudiées chez l'adulte, celles qui de beaucoup prédominent par sa fréquence est la cholécystite chronique avec la péricholécystite qui constamment l'accompagne; bien plus rares sont les cholécystites suppurées compliquées ou non de fistule cutanée (Lucien et J. Parisot), ou d'abcès du foie, aussi nous étudierons séparément chacune d'elles observées chez le vieillard.

La cholécystite clinique est, on peut le dire, presque constante dans les cas de lithiase, et la description anatomique en a été admirablement tracée par Durand-Fardel, nous la reproduisons ici :

« Les vésicules biliaires sont, dit-il, indurées et atrophiées sous forme d'une poche arrondie, lisse, du volume d'une petite noix à celui d'un noyau de cerise. Leur face externe est libre ou recouverte d'adhérences celluluses. Il existe toujours une cavité, si petite soit-elle, mais on ne peut plus détacher la muqueuse qui a perdu son velouté habituel. Ces adhérences, ajoute-t-il, dans lesquelles il n'est pas possible de voir autre chose qu'une péritonite partielle, paraissent une cause fréquente d'atrophie, car elles gênent l'apport de la bile dans la vésicule et s'opposent à sa dilatation. »

Voilà, n'est-il pas vrai, signée la nature inflammatoire de cet état anatomique spécial qu'est celui de la vésicule d'un vieux calculeux.

Plus rarement, elle forme une tumeur parfois volumineuse, sous-hépatique (obs. XIX); ses parois sont sclérosées très hypertrophiées, très épaissies, et sa cavité agrandie; c'est la forme seléro-hypertrophique de Guéniot. Le volume de cette tumeur cystique n'est d'ailleurs pas dû au liquide, qui est habituellement en petite quantité, mais vient surtout de l'épaisseur des parois. Or, pareilles cholécystites font une saillie sous le bord inférieur du foie et constituent la tumeur biliaire dont le diagnostic, surtout chez le vieillard, est si délicat à résoudre.

Quelle est la traduction symptomatique de cette inflammation lentement installée de la vésicule ? Parfois simple découverte d'autopsie sans aucun phénomène clinique

appréciable, elle se résume le plus souvent à un envahissement léger de la région hépatique; des mouvements brusques, des cahots, des vêtements trop ajustés, tout rappelle la douleur de l'hypocondre. Les fonctions digestives sont troublées, parfois s'y joignent des débâcles avec vomissements et diarrhée bilieuse, l'on ne constate ni ictère, ni urine ictérique. Dans cette forme, la fièvre est rare, ou se traduit par des frissons auxquels le malade ne prête aucune attention, d'autant moins d'ailleurs que, vieil hépatique, il est coutumier du fait.

Ce sont précisément ces formes qu'il convient de surveiller étroitement pour éviter qu'elles n'aboutissent à la seconde variété de cholécystites que nous allons maintenant décrire, la cholécystite suppurée avec fistule abdominale et abcès du foie.

Mais comme transition entre cette cholécystite chronique et la cholécystite purulente, vraie tumeur liquide, nous devons signaler que dans certains cas l'on rencontre dans l'hypocondre droit, chez des gens très âgés ayant eu dans leurs antécédents des coliques hépatiques, une tumeur parfois volumineuse à peine sensible à la pression, n'ayant jamais été accompagnée de frissons et dont le diagnostic, en raison même de l'absence de phénomènes infectieux est excessivement délicat.

Cette forme spéciale de tumeur biliaire chez le vieillard a surtout été mise en relief par Legendre.

Leur symptomatologie se résume en quelques troubles douloureux abdominaux accompagnés de phénomènes cardiaques réflexes. Leur diagnostic n'est fait qu'en raison de la tumeur sous-costale que présentent ces malades et leurs antécédents.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

(OB. RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PIC, n° 923)

Lithiase à forme de tumeur biliaire

Hiv... 67 ans.

Entre à l'hôpital pour faiblesse dans les jambes dont le début remonte à trois semaines, le 23 janvier 1905.

Antécédents personnels : A eu deux enfants morts de convulsions. N'a jamais été malade. Ménopause à 52 ans. Ni éthylisme, ni spécificité.

Depuis trois ans, douleurs épigastriques et précordiales, anorexie, amaigrissement. Depuis trois semaines, l'anorexie est absolue. La malade est constipée. Pas de vomissements. Douleurs abdominales. Cœur: pointe dans le cinquième espace. Quelques intermittences. Pouls à 92.

Poumons : Rien à signaler.

Examen de l'abdomen : Battements épigastriques. Matité hépatique, descend au-dessous des fausses côtes de un travers de doigt.

Urines : Ni sucre, ni albumine.

L'état général de la malade va en déclinant. L'examen dénote alors la présence d'une tumeur sous-costale, présentant les caractères d'une tumeur vésiculaire, douloureuse à la pression. Elle fit ensuite deux autres séjours successifs à l'hôpital, pour des troubles douloureux abdominaux avec asthénie, mais sans vomissements.

Urine : jamais d'albumine ; les matières ne furent jamais décolorées. T, 37°6.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADE,
HOSPICE DU PERRON)

*Péritonite sous-hépatique adhésive, d'origine vésiculaire,
tumeur biliaire. — Coliques hépatiques*

D... Fr., 61 ans.

Antécédents : Régée à 12 ans $\frac{1}{2}$, règles douloureuses. Mariée à 21 ans, une fausse couche et trois enfants. Mari mort tuber-

culeux. Elle fut soignée antérieurement pour métrite hémorragique, avec syndrome gastro-intestinal, d'origine utérine. Entre à l'hôpital, le 21 janvier 1905, pour des douleurs articulaires et phénomènes gastro-intestinaux. Elle attire surtout l'attention sur son tube digestif. Depuis quelque temps, elle se plaint de digestions lentes, pénibles et de dyspnée très vive. Vomissements alimentaires une heure et demie après les repas, ils ne sont accompagnés d'aucune douleur. Ventre météorisé avec points douloureux, vésiculaire et épigastrique. T, 36°7. Il y a seize ans, elle eut une douleur vive de l'hypocondre droit avec vomissements et ictère qui fut diagnostiquée colique hépatique.

Actuellement, à la palpation de l'abdomen, on sent une masse dure, résistante, mobile avec les mouvements respiratoires, mate, se continuant avec le foie, et que la pression dans la fosse lombaire fait saillir en avant. Cette tumeur est irrégulière et douloureuse à la pression.

Cœur : pointe non localisable. Bruits normaux.

Poumon : emphysème généralisé.

Cette tuméfaction a disparu progressivement et n'existait plus au mois de mai 1905. Disparition accompagnée de phénomènes dyspeptiques par accès sous forme d'embarras gastriques. Le diagnostic porté fut péritonite sous-hépatique avec gâteau d'exsudats sous-vésiculaires résorbés lentement. Dans le courant des mois de juin et d'août, la malade eut de nouveau des accès de troubles dyspeptiques caractérisés par des vomissements, de la constipation opiniâtre, et une hyperesthésie de la région épigastrique et hépatique, avec une température toujours normale. Le 13 octobre, nouvelle crise douloureuse avec irradiation dans l'épaule droite cette fois. Jusqu'en mai 1907, la malade se porte assez bien. Nouveaux troubles dyspeptiques avec vomissements. On examine alors la malade, et l'on constate, à une palpation profonde, cette tuméfaction irrégulière et douloureuse qui avait disparu depuis 1906. Grande sensibilité de tout l'abdomen ; le diagnostic de péritonite sous-hépatique avec gros exsudats sous-vésiculaires est confirmé. A partir de cette date, l'observation ne donne aucun renseignement sur l'évolution de l'affection.

CHOLÉCYSTITES SUPPURÉES CALCULEUSES CHEZ LE VIEILLARD

Pour Lucien et J. Parisot, ces complications de la lithiase infectée, maintes fois signalées chez l'adulte, semblent chez le vieillard une exception. Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons pu en réunir deux cas de Cadéac, un de Leroux, un cas de Küster publié par Jourdan dans sa thèse sur la cholécotomie, compliqué comme le cas rapporté par MM. Lucien et J. Parisot de fistule cutanée abdominale, un cas de Frænkel avec abcès du lobe droit énorme, enfin des cas isolés de Naumyn et Claisse, cités dans les thèses de Dupré et Dominici, une observation inédite recueillie dans le service de M. le professeur Pic, obs. VI, mais que les phénomènes pulmonaires concomitants nous ont obligé à classer parmi les formes pulmonaires.

En réalité donc, cette fréquence est plus grande qu'on aurait pu le supposer au premier abord.

Coexistant ou non avec un cancer de la vésicule, ce qui complique encore le diagnostic (cas de Leroux), elles relèvent de l'infection comme les précédentes, mais vraisemblablement d'une infection plus virulente ou momentanément exaltée sous des influences diverses, mécaniques pour la plupart. A ce titre, elle aurait pu être étudiée au chapitre des complications mécaniques de la lithiase biliaire, cependant comme les conditions de stase biliaire sont suffisantes chez le vieillard, indépendamment de l'obstruction, pour créer une cholécystite purulente, nous avons pensé qu'elle relevait plus directement des complications infectieuses.*

La symptomatologie de cette cholécystite suppurée calculeuse comprend des symptômes fonctionnels et génés-

raux qui dominent les signes physiques, c'est par leur description que nous commencerons cette étude.

Dès le début, et fréquemment observés, sont les troubles digestifs, inappétence, digestions pénibles, diarrhée surtout qui manque rarement; les vomissements, plus rares, ne se voient qu'à l'occasion d'une perforation qui vient compliquer l'évolution de la cholécystite, où à un degré moindre ils sont la traduction d'une poussée de péritonite secondaire à cette cholécystite.

Plus importante que ces troubles digestifs est la douleur; c'est le symptôme qui appelle l'attention du malade, douleur continue, modérée, assez nettement localisée, elle n'est souvent qu'une simple sensation de plénitude et de tension dans l'hypocondre. Quelquefois irradiée au creux épigastrique, elle est moins violente que la douleur déchirante de la perforation et moins intermittente que celle de la colique hépatique réelle.

L'ictère est très léger, il est d'ailleurs physiologique qu'il le soit, puisque les affections vésiculaires pures n'ont aucune raison anatomique de présenter de l'ictère, sauf lorsqu'il reconnaît pour cause, et c'est ici le cas, une angiocholite ascendante de même nature, microbienne, que celle qui a donné naissance à la cholécystite. Bientôt après éclatent des symptômes d'infection, et la fièvre dans ses quatre modalités hépatalgiques: éphémère, intermittente ou rémittente en est la plupart du temps l'expression. C'est, avec la douleur, les deux phénomènes capitaux de cette symptomatologie. L'état général qui est souvent celui de l'insuffisance rénale, comme on pourra s'en rendre compte en parcourant les observations de Cadéac, complète l'ensemble de ces signes fonctionnels et généraux.

Les signes physiques, lorsqu'ils existent, ont eux aussi une grande valeur clinique. C'est, ou un empâtement qui s'étend vers l'épigastre ou l'ombilic, ou une tumeur mâte, mobile avec la respiration, douloureuse à la pression et présentant tous les caractères d'une tumeur vésiculaire. Très rarement, étant donnée la péricholécystite concomitante, l'on percevra la fluctuation que, dans quelques cas, on a pu noter.

Cette tumeur fait souvent défaut, d'autres fois la sensibilité abdominale, empêchant la palpation, gêne cette perception.

Au point de vue évolutif, la plus fréquente des complications est, sans contredit, l'ouverture de la poche purulente dans un des organes voisins où à l'extérieur, après établissement d'adhérences et constitution d'un trajet; on conçoit mal, en effet, chez le vieillard, cette terminaison, possible chez l'adulte, des cholécystites par une péritonite généralisée à la suite d'une rupture évoluant dans la grande cavité non cloisonnée; cependant, Dieulafoy cite le cas d'un homme âgé de 68 ans qui est pris, après dîner, de symptômes de péritonite, vives douleurs à l'épigastre et vomissements, le ventre se ballonne, la constipation devient absolue, le pouls s'accélère, les vomissements continuent et le malade succombe en trois jours. A l'autopsie, on trouve une péritonite due à la perforation de la vésicule atteinte de cholécystite calculeuse.

L'infection suivant un trajet ascendant peut donner une angiocholite et même un abcès du foie, cas de Lucien et J. Parisot et de Küster.

Chez le vieillard cette complication est d'autant plus fréquente que le foie est chez lui un « locus minoris resis-

tautice », organe sclérosé de par l'évolution physiologique régressive, qui constitue la vieillesse ; altéré, en outre, par la lithiasc elle-même, il se trouve peu apte à réagir contre les microbes dont la source est dans la vésicule.

Les accidents déterminés par cette angiocholite se confondent avec ceux de la cholécystite, tout au plus, peut-être, la fièvre peut elle subir une recrudescence, mais peu à peu dans ce foie sénile, par suite de la pénétration des micro-organismes, se produit une dégénérescence rapide de la cellule qui ne tarde pas à amener des symptômes notables d'insuffisance hépatique. Malgré la présence d'une collection purulente assez abondante, dans le cas d'abcès consécutif à cette angiocholite, les signes sont la plupart du temps nuls, la fièvre peut même ne pas reparaître comme chez la malade de Lucien et J. Parisot.

Les conditions de stagnation de la bile par atonie vésiculaire ou oblitération canaliculaire, en exaltant sous des influences occasionnelles variables la virulence des microbes sur un terrain aussi facilement attaquant que celui du vieillard, expliquent le début des cholécystites calculeuses. Les réactions spéciales à cet âge en expliquent la chronicité, quant à son extension c'est par l'intermédiaire de la péricholécystite et par contiguité qu'elle atteindra successivement les autres organes, estomac, intestins et appendice, pour donner les formes qui font l'objet du chapitre suivant.

OBSERVATION XV

(REVUE MÉDICALE DE L'EST, 1905. — LUCIEN ET J. PARISOT)

Cholécystite suppurée. — Fistule abdominale et abcès du foie

Femme, 75 ans, couturière. Entre à l'hôpital en août 1899. Mari mort tuberculeux. Eut 2 enfants, sont morts. Il y a huit

ans, ictère et colique hépatique. Elle tousse, crache, dyspnée d'effort. Vers 50 ans, hémoptysie.

App. respiratoire : signes de ramollissement au sommet. Expectoration muco-purulente, pas de bacilles de Koch. Elle se plaint de troubles digestifs, (anorexie, digestion pénible, ballonnement du ventre). Le diagnostic porté était tuberculose avec hémoptysie. Etat stationnaire jusqu'en 1904. A ce moment, frissons. T, 39°2. Douleur sous le rebord costal droit et dans l'épaule, vomissements bilieux et constipation datant de quinze jours. Urines hépatiques.

Examen : subictère, abattement. Foie normal. T, 38°1 : le lendemain, 38°. La douleur empêche la malade de se coucher à droite. Etat fébrile le soir. Râles sous-crépitaunts. Les signes ictériques font penser à une rémittente hépatique. Huit jours après, le 9 février, tumeur fluctuante dans l'hypocondre droit. Chaque soir, 39°. Le 25 février, douleur diminue, la tumeur augmente. Mêmes signes jusqu'en mars. A droite de l'ombilic apparaît une saillie globuleuse, mate, rémittente. Peau rouge, luisante, on pense à hernie étranglée possible. Le 26 mars, ouverture spontanée à la peau, 600 gr. de pus fétide. Pansement aux compresses bouillies. Jusqu'en novembre, il sortit, par la plaie, 40 calculs. Etat général excellent, seul un liquide séro-purulent s'écoule de la fistule. Le 16 novembre, nouvelle crise douloureuse.

Le 18, T, 38° le matin.

Le 20 : Dyspnée intense, râles dans tout le poumon, cyanose, coma. Hémorragies sous-cutanées, vomissements biliaires. Mort : le 25 novembre.

Autopsie. — Vésicule non atrophiée. Trajet fistuleux, tumeur, abcès du foie par angiocholite ascendante. Poumons congestionnés. Cœur flasque. Reins congestionnés. Rate molle, volume normal.

OBSERVATION XVI

(VERHANDLUNGEN DER DEUTSCH. GESELLSCHAFT F. CHIRURG. KÜSTER)

*Ictère, fistule cholécysto-cutanée. Calculs cholédoques.
Cholédotomie. Guérison*

Femme 62 ans. Depuis 18 ans, rares accès de coliques hépatiques, sans ictère. Il y a un mois et demi, violent accès de frissons et ictère. Quelques jours plus tard, s'ouvre au-dessus

de l'ombilic une fistule qui donne issue à du liquide jaune, ictère, et selles décolorées.

Etat actuel : ictère prononcé. Pas d'hépatomégalie. Audessous du foie, tumeur plus grosse que le poing, suivant les mouvements respiratoires.

Opération le 30 juillet 1891. Cholécystotomie idéale. Revue un an après. Guérison se maintient complètement.

OBSERVATION XVII

(IN THÈSE CADÉAC, LAUENSTEIN)

Calculs du cholédoque. Cholédocolomie et cholécystotomie

Femme 63 ans. Depuis deux ans, douleurs d'estomac et coliques hépatiques. Dernièrement, violente crise de coliques hépatiques qui a duré dix jours et s'est accompagnée d'ictère. Gros foie, sensibilité dans la région de la vésicule ; on ne sent à ce niveau qu'une résistance diffuse. Selles légèrement colorées par la bile.

Opération le 11 novembre. Température monte le 13. Mort le 14 à midi. Ballonnement du ventre, vomissements, péritonite.

OBSERVATION XVIII

(CADÉAC, THÈSE PARIS)

Cholécystite suppurée

H..., 71 ans (femme). Entre à l'hôpital le 26 juin 1890. Les antécédents pathologiques héréditaires et personnels sont nuls. Réglée à 15 ans. Ménopause à 50 ans. Quatre enfants, trois fausses couches.

La maladie a débuté il y a un an par des douleurs lombaires. Depuis quatre mois, on a constaté de l'œdème des membres inférieurs, céphalée, crampe dans les mollets, troubles visuels, doigt mort parfois. Pollakiurie, urines tantôt rares, tantôt abondantes. A l'examen, l'œdème persiste, cœur irrégulier, galop. Pouls irrégulier et fort. Artères athéromateuses. Foie ni gros, ni douloureux, pas d'albumine. La malade est mise au repos et au régime lacté. Elle allait bien lorsque, le 19 novembre, les urines deviennent rares, un litre à peine. Œdème, albuminurie, nausées. 15 grammes d'eau-de-vie allemande lui sont donnés, on applique des ventouses dans la région lombaire.

Le 20, anasarque, dyspnée intense. Caféine, aucune action. Elle se maintient ainsi avec des symptômes d'insuffisance rénale. Jamais de température.

Le 5 décembre, l'œdème qui avait diminué réapparaît. Elle meurt le 14, comme une rénale.

Autopsie. — Cadavre œdématié. Bases pulmonaires congestionnées, cœur non dilaté. Foie, 2.000 gr., quelques îlots de sclérose. Vésicule volumineuse avec du pus dans son intérieur. Calcul dans le cystique.

Reins : volume normal, plus de substance corticale, décapsulation facile, pyramides, coloration jaune. Rate petite. Rien aux autres organes.

OBSERVATION XIX

(CADÉAC, THÈSE PARIS, 1890-91)

Cholécystite suppurée

Femme, 60 ans. N'a jamais été malade, rentre dans le courant de 1890 à l'hôpital. Le début des accidents remonterait à un mois. Les symptômes accusés étaient : sensation de fatigue, d'affaiblissement et perte d'appétit.

L'examen du tube digestif, du poumon est entièrement négatif. Pas d'albumine à l'entrée.

Légère hypertrophie du foie, indolore.

Cœur et artères d'artério-scléreuse ; ce fut d'ailleurs le diagnostic porté. Cette malade est restée un mois à l'hôpital, et les seuls symptômes que l'on ait pu relever sont les suivants :

A différentes reprises, des frissons avec une légère élévation de température vespérale. Aucune trace de paludisme pour les expliquer.

On songe à une suppuration localisée ; on ne put la découvrir. La malade mourut avec les signes de l'insuffisance rénale.

Autopsie. — Reins, de néphrite interstitielle, mais les lésions les plus graves étaient localisées dans le foie. Les canaux biliaires dilatés étaient remplis par du pus, et autour, dans certains points, on trouvait de petites poches purulentes. La vésicule contenait du pus, mais n'était pas augmentée de volume. Un calcul très volumineux oblitèrait le cystique.

LE STÉNOSE PYLORIQUE BILIAIRE CHEZ LE VIEILLARD

Le voisinage de la vésicule biliaire si souvent enflammée chez le vieillard, et du pylore, explique les connexions pathologiques de ces deux organes au cas de cholécystite calculeuse et la possibilité des sténoses pyloriques d'origine biliaire. Elles existent de fait, et nous en avons trouvé dans les thèses de Marchais, Maugourd, d'Alex (Lyon), d'assez nombreux exemples. Ce qui caractérise ces sténoses, comme d'ailleurs la plupart de ces complications que nous étudions actuellement, c'est leur peu de netteté dans les symptômes, leur insidiosité. En effet, le début en est rarement brusque. Le malade ayant eu ou non, dans son passé, des coliques hépatiques, se plaint de douleurs plus ou moins vives à l'épigastre, douleurs surtout marquées après les repas, il se plaint, en outre, d'une constipation assez rebelle. Les vomissements sont ceux d'une dilatation souvent énorme de l'estomac, alimentaires le plus fréquemment. ils peuvent être biliaires sans qu'il soit besoin pour cela d'une fistule cholécysto-gastrique, ces vomissements répétés sont accompagnés d'un amaigrissement rapidement progressif, d'un état de cachexie avancée, et comme dernier symptôme, enfin, l'on note la présence dans l'hypocondre droit d'une tumeur grosse comme un œuf, dure, bosselée, douloureuse à la pression, saillante sous le foie, mais mal délimitable en raison de l'empatement périvésiculaire qui lui est constamment adjoint.

La maladie, abandonnée à elle-même, conduit fatalement à la mort, les phénomènes d'obstruction s'accroissant progressivement en raison de la rétractilité du tissu fibroïde

qui enserre le pylore, avec eux, l'intolérance de l'estomac devient absolue, on voit le malade, très amaigri, offrir le tableau clinique lamentable des vieux cancéreux de l'estomac.

La péritonite chronique, englobant dans ses adhérences la région pylorique, provoquera sans doute par ce mécanisme, les symptômes d'une sténose, mais cette sténose peut reconnaître aussi un second mécanisme par obstruction directe intra-pylorique. Le calcul ayant pénétré dans la lumière duodénale, juxta pylorique, à la faveur d'une fistule cystico-duodénale, il oblitère le tractus gastro-intestinal et détermine ainsi la même symptomatologie que la précédente. Ce mécanisme a été mis en lumière par Maugourd, nous lui en avons emprunté un exemple chez un homme de 60 ans.

OBSERVATION XX

(HOCKAUS BERLIN MED. WOCH., 1892)

Bilatation d'estomac d'origine lithiasique

H. E., 67 ans. Depuis deux ans souffre de l'estomac, tension épigastrique et vomissements après le repas, deux ou trois fois par semaine. Ces phénomènes ont augmenté ces temps derniers.

Le 1^{er} décembre, malade pâle et amaigri, se plaint de vomissements. Bruit de succussion au creux épigastrique. Anorexie, constipation, traces d'albumine. Ses autres organes sont normaux.

Le 2 décembre : Evacuation à la sonde œsophagienne de 500 cent. cubes de liquide sans acide chlorhydrique libre, mais néanmoins de sécrétion acide d'odeur butyrique et acétique. Dans la région vésiculaire, petite résistance. Les jours suivants, les vomissements augmentent, affaiblissement progressif, diarrhée.

Le 14 décembre : Collapsus et mort.

Autopsie : La vésicule biliaire est rétractée sur un calcul. Elle est en partie ulcérée, de même que les enveloppes extérieures séreuses et muqueuses du duodénum. Dilatation d'estomac par stricture duodénale. La partie initiale du duodénum immédiatement située après le pylore est resserrée, elle fait presque corps avec la vésicule biliaire grâce à une épaisse gangue conjonctive.

Foie atrophie, voies biliaires intra et extra-hépathiques dilatées. En somme, la dilatation d'estomac résultait de la sténose et de la coudure de la partie initiale du duodénum par des adhérences conjonctives qui s'étendaient au loin de la vésicule biliaire.

La cause de la maladie était bien la formation de calculs biliaires qui avait déterminé secondairement l'inflammation.

OBSERVATION XXI

(PÉRIER, CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1891)

Sténose pylorique d'origine biliaire. Cholécystotomie. Section d'adhérences. Guérison

Femme, 60 ans, ayant présenté des coliques hépatiques, se plaint depuis huit mois de troubles digestifs indiquant de la façon la plus nette un obstacle pylorique. Au niveau de cette région on sent une tuméfaction, dure, bosselée et douloureuse. On porte le diagnostic de calculs de la vésicule avec exsudats inflammatoires, comprenant le pylore ou le duodénum. La laparotomie mène sur une masse indurée ayant l'aspect de l'épiploon enflammé, en arrière de laquelle se trouve le pylore. A peine eut-on libéré quelques adhérences qu'un liquide bilieux s'écoula ainsi que 206 petits calculs.

OBSERVATION XXII

(RIEDER. — ARCHIV. FÜR KLINIK. CHIR. T. XLVII)

Douleurs d'estomac. Section d'adhérences. Guérison

Homme, 67 ans, entre le 19 juillet 1892 à l'hôpital. Depuis cinq ou six ans souffre dans la région vésiculaire. Depuis quatre ans seulement, nausées et pesanteurs d'estomac, d'abord tous les deux mois, puis plus souvent. Alors sont apparues des

douleurs très intenses dans le voisinage du foie, de l'épaule, par accès durant un jour et accompagnées d'une grande lassitude. Dans les derniers mois, le malade maigrissait. Il vint à l'hôpital.

A l'examen : gros foie, vésicule très douloureuse à la pression. Emphysème pulmonaire. Cœur, examen négatif.

On opère, on constate une bride épiploïque adhérente au duodénum, aussitôt sa section pratiquée, le duodénum se dilate. Suite opératoire sans fièvre. Le quatorzième jour le malade se lève.

OBSERVATION XXIII

(IN THÈSE MAUGOURD)

Sténose par calcul intra-pylorique

Un homme âgé de 60 ans et qui n'avait jamais eu de maladies graves, éprouva des étouffements accompagnés de toux et dont l'intensité alla toujours en augmentant, ce qui ne l'empêcha pas de se livrer à un travail pénible.

Il commença de vomir le 24 janvier 1897 ; un peu de dévoiement survint, mais ne tarda pas à être remplacé par une constipation opiniâtre. Les vomissements se renouvelèrent souvent. Le malade dépérit rapidement. Il mourut après avoir constamment vomi, sans que la constipation eut cessé et après avoir présenté des symptômes de gastro-entérite. Le ventre était, en outre, plat en bas et tuméfié dans la région épigastrique. A l'autopsie, on trouva les marques d'une violente gastro-entérite, et, de plus, un gros calcul biliaire ayant un pouce trois lignes de hauteur et un pouce deux lignes de largeur ; ce calcul, engagé dans le pylore, l'oblitérait entièrement. La vésicule biliaire était squirrheuse ; le tissu cellulaire qui l'unissait au foie était le siège d'une suppuration chronique.

Dans le cas de sténose pylorique biliaire, le diagnostic permettra de véritables résurrections ; c'est là, en effet, un des triomphes de la chirurgie gastrique ou duodénale moderne.

Complication redoutable : on le voit, d'une cholécystite

légèrement extensive, la sténose biliaire n'est pas la seule que nous ayons à étudier au point de vue symptomatologique, il en est une non moins dangereuse, et dont la pathogénie fut si longtemps discutée sans être encore, aujourd'hui, universellement admise. Nous voulons parler de la cholécysto-appendicite chez les vieillards.

CHOLÉCYSTO-APPENDICITE CHEZ LES VIEILLARDS

Nous ne parlerons naturellement ici que des cholécysto-appendicites calculeuses, laissant de côté les inflammations aiguës propagées soit de la vésicule à l'appendice ou réciproquement de l'appendice à la vésicule. Les travaux de Vergriette, Adenot, Dieulafoy, A. Dreyfuss et Frilet, de Lyon, sont les sources dans lesquelles nous avons puisé les éléments de cette question, tant au point de vue symptomatique que pathogénique.

Elle est assez rare chez le vieillard, alors que chez l'adulte elle est relativement fréquente, puisque sur les cinquante-huit cas publiés dans sa thèse, Frilet n'en rapporte que deux cas nettement authentiques et diagnostiqués, ayant trait à des personnes âgées de 60 ans et au-dessus.

Au point de vue symptomatologique elle revêt, le plus souvent, la *forme oscillante*, caractérisée par des symptômes alternativement vésiculaires et appendiculaires. Les poussées inflammatoires éclatent, en effet, alternativement dans les deux organes et peuvent se renouveler plusieurs fois, au point de faire osciller la symptomatologie et avec elle le diagnostic de la vésicule à l'appendice et réciproquement. C'est le cas de cette femme, âgée de 78 ans, dont

l'histoire a été magistralement tracée par Dieulafoy et dont la douleur, nettement vésiculaire au début de son affection, devint rapidement ensuite appendiculaire accompagnée d'un état général tel que l'intervention fut décidée d'urgence et sauva d'ailleurs la malade.

La seconde forme, ou *forme concomitante*, est plus rare, caractérisée par des symptômes associés de cholécystite et d'appendicite, elle prête moins à confusion dans le diagnostic. C'est le cas de cet homme de 60 ans, rapporté par Czerny et dont la symptomatologie était aussi bien celle d'une cholélithiasie que d'une appendicite chronique, sans prédominance réelle de l'une sur l'autre.

Quant à la troisième forme de cholécysto-appendicite, à symptomatologie incomplète ou indéterminée, comme Frilet en rapporte neuf exemples dans sa thèse, nous n'en avons pas trouvé un seul qui ait été observé à partir de 60 ans.

Dans chacune de ces formes ce qui domine encore ici c'est le caractère de chronicité des lésions qui, s'accompagnant d'un processus de péritonite plastique, imprime à cette affection une physionomie un peu spéciale sur laquelle nous insisterons un peu.

Il existe le plus souvent une phase prodromique d'une durée assez indéterminée, variant de quelques mois à quelques années, et caractérisée par des troubles divers au niveau de l'estomac notamment, douleurs, crampes, accompagnées d'une sensation de lassitude générale, d'inappétence et de quelques vomissements. Puis la température devient subfébrile, les douleurs vagues s'étendent à tout le ventre, les malades accusent cette sensation, parfois très douloureuse de pesanteur et de tiraillement généralisés, à

l'abdomen, dont MM. Tripier et Paviot ont fait un des symptômes caractéristiques de la péritonite sous-hépatique. Puis, après cette phase prodromique, les signes réels de l'affection se manifestent suivant l'une des trois modalités précédemment décrites. C'est une douleur dans la région stomacale ou ombilicale, avec irradiations multiples, qui s'accompagne de troubles digestifs, notamment de diarrhée et constipation, la fièvre est plutôt rémittente que continue, l'ictère est inconstant. Puis la douleur se localise soit à la vésicule, soit à l'appendice ou aux deux à la fois. Rarement on a, au palper, les signes d'une tumeur cystique, mais on détermine à ce niveau, le plus souvent, une douleur qui témoigne suffisamment, par son intensité, du processus inflammatoire sous-jacent en évolution pour permettre d'affirmer la cholécystite.

L'évolution de cette complication laissée à elle-même conduit le plus souvent soit à l'insuffisance hépatique par propagation de l'infection au parenchyme hépatique, soit à la péritonite généralisée d'origine appendiculaire, alors qu'un traitement sagement conduit et, toutes réserves faites au sujet de l'âge sur le pronostic opératoire, à de grandes chances de guérir et de sauver le malade.

OBSERVATION XXIV

(DIEULAFOY. — OB. RÉSUMÉE)

Femme, 78 ans, syndrome cholélithiasique suivi d'un syndrome appendiculaire à deux jours d'intervalle. On porta d'abord le diagnostic de cholécystite, puis on opéra avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Avant l'anesthésie, l'intensité de la douleur et l'étendue de la défense musculaire n'avaient pas permis de préciser certains détails, mais aussitôt la malade endormie et la paroi

abdominale relâchée, on perçoit d'une part un empâtement au niveau de l'appendice et d'autre part une tumeur dans la région vésiculaire. En conséquence, on a soin de faire remonter un peu haut l'incision iliaque et on constate qu'il existe en réalité deux lésions, appendicite et cholécystite. Une traînée d'exsudats agglutinaient entre eux la vésicule, le côlon, le cœcum et l'appendice. La vésicule était abaissée et formait une tumeur violacée et tendue ; elle contenait un liquide louche et bilieux, ainsi que bon nombre de calculs.

La cholécystotomie fut pratiquée. L'appendice à type remon- tant était adhérent, volumineux et turgescent. On en fit l'ablation, il ne contenait pas de calculs stercoraux. L'opération fut suivie d'une détente complète, et les suites opératoires furent des plus simples, pas de fièvre, pas de vomissements. Les jours suivants, la fistule biliaire donna issue à de la bile et à deux calculs. Deux mois plus tard, guérison totale.

OBSERVATION XXV

(CLINIQUE CZERNY (IN BECKER)

Homme de 63 ans. Fut atteint, il y a dix-sept ans, d'abord d'une appendicite. Il eut ensuite plusieurs récives à répétition. Il y a quatre ans, première atteinte de colique hépatique. Depuis cette époque les accès se renouvelèrent très fréquemment, dans les derniers temps, tous les huit jours. A l'examen, on trouve de l'ictère et du météorisme.

Dans la région cœcale il y avait, à la pression, une sensibilité circonscrite, de même dans la région de la vésicule biliaire.

On avait posé le diagnostic de cholélithiase, cholécystite chronique et de péricholécystite.

A l'opération on trouva à côté de nombreuses adhérences de la vésicule biliaire avec le côlon transverse un calcul volumineux dans le cholédoque. On l'extirpa. Le malade mourut le jour suivant de péritonite, l'autopsie démontra une oblitération totale de l'appendice vermiforme.

L'OBSTRUCTION INTESTINALE BILIAIRE CHEZ LE VIEILLARD

Ayant précédemment étudié avec les syndrômes larvés abdominaux de la colique hépatique chez le vieillard, la pseudo-obstruction intestinale, nous n'envisagerons ici que l'obstruction intestinale vraie, d'origine biliaire, relevant d'ailleurs, comme nous le verrons ultérieurement, d'un mécanisme tout différent de celui de la première.

Ce sont en général des femmes âgées d'au moins 60 ans, bien portantes antérieurement, rhumatisantes, qui sont atteintes de cet accident de la lithiasé biliaire.

Connue de Murchison et de Brinton, cette complication fut étudiée surtout par Mossé, 1880, Dagron et Garin, qui en rapportèrent d'assez nombreux cas dans leurs thèses.

Nous lui décrirons deux formes, l'une subaiguë, que nous étudierons la première en raison de sa plus grande fréquence, l'autre forme, aiguë, dont Broadbent rapporta un exemple et dont Lobstein publia deux cas.

Dans la forme subaiguë, généralement, le premier symptôme qui apparaît c'est la constipation. C'est ainsi qu'un malade le matin se lève avec des nausées, puis est pris de vomissements alimentaires d'abord, bientôt bilieux; cet état de malaise, accompagné de constipation et de vomissements, peut durer huit à quinze jours.

Ce début est en outre marqué par des coliques assez douloureuses d'occlusion avortée, correspondant aux différentes étapes du calcul, ou même aux étapes de différents calculs. (Obs. de Marlagan, xxx).

Quelques gaz seuls passent par le rectum. L'état général est relativement bon, et même beaucoup de malades va-

quent encore à leurs occupations. C'est là un fait presque constant. Ainsi la malade de Letienne, femme de 78 ans, dont les premiers accidents d'obstruction remontaient à huit jours, vint à pied, et seule, à l'hôpital. La douleur qui était jusqu'alors supportable devient plus aiguë, elle apparaît après le repas. Les vomissements sont plus fréquents mais ne deviennent fécaloïdes que fort tard, le ballonnement du ventre est tardif, mais cependant laisse voir quelquefois les anses intestinales se dessiner sous la peau. Le siège de la douleur est variable, tantôt il siège à l'hypocondre, obs. xxxi, tantôt à l'ombilic, obs. xxxii; elle se présente par accès, dont l'intensité semble aller croissante. Le malade est aussi gêné par des éructations et le hoquet. Il n'y a dans cette forme aucun accident du côté des urines. La température est normale, le pouls ralenti. Peu à peu ces symptômes augmentent de gravité avec quelques moments de rémission. Puis la température baisse, le pouls devient petit, les yeux s'excavent, le nez s'effile, les lèvres se cyanosent, les téguments sont froids et recouvert d'une sueur visqueuse, les vomissements deviennent enfin fécaloïdes, le ventre se ballonne et le malade tombe dans le collapsus des septicémies intestinales. Il peut cependant y avoir des moments d'accalmie, seule la constipation demeure opiniâtre.

Sous l'influence d'un purgatif et parfois spontanément au bout de sept à huit jours, de semaines quelquefois (MacLagan), les accidents cessent définitivement quand le calcul est expulsé au dehors.

Plus rare, plus dramatique, plus grave aussi est la seconde forme d'obstruction intestinale biliaire.

Le malade est alors pris brusquement d'une violente

douleur, tombe en syncope, se refroidit, le visage s'altère et la constipation existe dès le début, complète. La douleur déjà insupportable devient exagérée à l'endroit de l'obstruction. Les urines deviennent rares et même se suppriment. La mort survient du quatrième au sixième jour, soit par épuisement nerveux, par péritonite ou même par ouverture à la peau d'un phlegmon stercoral.

Dans le cas de Broadbent, un vieillard succomba en quatre jours. A l'autopsie, on trouva un énorme calcul biliaire dans l'intestin grêle.

Sur la pathogénie de cette complication nous ne mentionnerons ici que la nécessité et la présence d'ailleurs fréquente de fistule cystico-coliques (Murchison) par l'intermédiaire de laquelle le calcul peut s'engager dans la lumière intestinale. Le corps étranger suscitant de la part de la paroi intestinale une réaction, il crée finalement l'obstruction intestinale dont l'évolution spontanée vers la guérison sera possible, mais qui, souvent aussi, ressortira du domaine de la thérapeutique chirurgicale.

OBSERVATION XXVI

(SOTTERS. — FRANCE MÉDICALE, 1896. IN THÈSE MAUGOURD)

Calcul ayant provoqué de l'occlusion intestinale et dont l'expulsion ne provoqua ni douleurs, ni ictère

M. X., vieillard, 82 ans, ayant toujours eu une bonne santé. Jamais de crises hépatiques, mais quelques troubles dyspeptiques, fut pris subitement, le 15 décembre, de douleurs abdominales violentes avec vomissements et constipations opiniâtre, sans fièvre ni ictère.

Cet état dura jusqu'au 19 décembre, et les phénomènes d'occlusion intestinale se terminèrent par l'expulsion, au milieu de selles muqueuses, fétides et sanguinolentes, d'un calcul biliaire composé de cholestérine, d'une dimension de 24 mm. sur 22 mm. et pesant sept grammes à l'état sec.

OBSERVATION XXVII

(IN THÈSE GARIN, PARIS, 1897-98)

Obstruction intestinale biliaire simulant une méningo-encéphalite. Calcul du rectum. Extraction. Guérison

F..., 62 ans, journalière. Au cours des dernières années qui précédèrent son entrée à l'hôpital, la malade prenait des étourdissements, des vertiges. Dernièrement, diarrhée et colique hépatique. A la suite d'une fatigue, elle est prise de vomissements, diarrhée, courbature générale. T., 38°8. Signes de méningite. Raideur de la nuque, pupilles dilatées, regard fixe. On diagnostique : méningite spinale avec congestion de la base. Ces troubles disparaissent. Cinq semaines après, nouvelle crise, pas de fièvre, le cœur est ralenti, pas d'ictère, constipation absolue. Vomissements non fécaloïdes. Au toucher rectal, on perçoit un corps dur, mobile, qui est extrait après dilatation. Le calcul avait 9 cent. $\frac{1}{2}$ de long, 10,7 de circonférence et pesait 17 gr. 15. Guérison.

OBSERVATION XXVIII

(PYE SMITH, THE LANCET, 19 MARS 1887)

Obstruction intestinale d'origine biliaire

Femme, 78 ans, n'ayant jamais eu d'ictère, a vu s'installer une constipation progressive, rendit un calcul volumineux après treize jours d'obstruction. Guérison spontanée.

L'examen par le rectum avait révélé quelque chose d'anormal qui avait été regardé comme cancéreux au-dessus de l'anse sigmoïde. L'examen avait également révélé la mobilité de ce corps étranger.

OBSERVATION XXIX

(METZKER. THÈSE WURTZBOURG)

Occlusion intestinale biliaire. Laparotomie. Mort

Femme, 67 ans, 29 août 1886, sans prodromes est prise de coliques, vomissements. On donne un lavement. Inefficace.

Le 1^{er} septembre les phénomènes s'exagèrent, les vomissements deviennent fécaloïdes, on décide l'intervention. Laparotomie, mort.

OBSERVATION XXX

(TRANSACTION OF THE CLINICAL SOCIETY, 13 JANVIER 1883)

Obstruction intestinale biliaire par Maclagan

Grande multipare, 63 ans. En novembre 1886 se développe une tumeur biliaire et des symptômes d'occlusion.

Le 3 février attaque bilieuse avec vive douleur. Ictère.

Le 14 février, nouvelle crise, avec douleurs intolérables, vomissements.

Le 20 février, rémission des symptômes.

Le 4 mars, après douze jours d'accalmie, nouvelle crise, renouvelée les 21 mars, le 1^{er} avril. Le 18 avril, expulsion des calculs. Chacun des calculs correspondait vraisemblablement avec l'une des crises de la malade. La température qui avait été jusqu'alors normale, monta : 39°. Mort de la malade.

OBSERVATION XXXI

(THÈSE DAGRON)

Occlusion intestinale par calcul biliaire. Laparotomie.

Entérotomie. Mort

Elise R., 63 ans. Passé pathologique, héréditaire ou personnel nul. Entre à l'hôpital le 20 mai 1891. Il y a quinze jours, la malade a ressenti une douleur dans l'abdomen, deux heures après le repas, caractérisée par des tiraillements à la partie supérieure de l'abdomen. Elle peut néanmoins continuer à travailler. La douleur augmente le lendemain, nausées, vomissements, et se localise après avoir été généralisée, dans l'hypocondre droit. Pendant huit jours, à partir de cette époque, ni selle, ni gaz. Le diagnostic d'occlusion porté, la malade entre à l'hôpital le 20 mai. Laparotomie. Entérotomie. Le 21, la malade se sent affaiblie, cependant pas de température. Le 23, mort, de perforation intestinale constatée à l'autopsie.

A l'opération, on trouve un énorme calcul dans l'intestin grêle.

OBSERVATION XXXII

(J. FORD, ANDERSON ET THOMAS SMYTH)

Cas d'occlusion intestinale. Ablation par opération du calcul biliaire. Guérison (observation résumée)

M. D..., consul étranger, 65 ans. Dans les antécédents : passé intestinal, aucun phénomène hépatique antérieur. Douleur ombilicale, symptômes d'occlusion complète, vomissements fécaloïdes. Température 38°. Pouls, 78, petit, filiforme. Début subit le 26 juin. Avait pu continuer ses occupations. Phénomènes furent aggravés en quarante-huit heures. Opération décidée. Guérison.

COMPLICATIONS VASCULAIRES DE LA LITHIASÉ BILIAIRE CHEZ LE VIEILLARD (PYLÉPHLÉBITES)

Les complications vasculaires de la lithiasé biliaire sont ou artérielles ou veineuses.

• Les complications artérielles seront étudiées avec les hémorragies intestinales au cours du chapitre suivant.

Quant aux complications veineuses elles forment la classe des pyléphlébités, suppurées ou adhésives; les dernières seules retiendront notre attention.

Nous n'avons relevé qu'un cas de pyléphlébite suppurative calculeuse, signalée chez le vieillard, par Ledieu, et dont nous reproduisons l'observation résumée.

Cette complication n'a d'ailleurs rien qui puisse nous surprendre puisque ces organes voisins des canaux biliaires : le tronc de la veine porte et ses branches secondaires participent par contiguité au processus inflammatoire chronique qui atteint la vésicule. Elle est donc une étape plus avancée que les précédentes de ce processus aux conséquences réellement décevantes.

La symptomatologie des pyléplébites chez le vieillard est rarement, jamais même pourrait-on dire, cette symptomatologie classique que caractérisent la tuméfaction de la rate, la circulation collatérale de l'abdomen, la diarrhée, la fièvre à type intermittent irrégulier. Complication dont la cause est essentiellement chronique, du moins dans le cas qui nous occupe, la pyléplébite calculeuse chez le vieillard a, le plus souvent, une symptomatologie fruste qui, dans le cas de Boussy, dont nous citons l'observation, s'est résu-
mée en deux symptômes de valeur séméiologique parfois banale, surtout chez un vieillard : les grands frissons vespéraux accompagnés de fièvre et de diarrhée profuse.

On comprend très bien que l'ascite puisse faire défaut en raison de la chronicité du processus, la voie de dérivation ayant eu le temps de se rétablir par l'intermédiaire d'une congestion sécrétoire de la muqueuse gastro-intestinale, vraie soupape de sûreté; quant à l'ictère il n'existe, comme dans le cas signalé par Boussy, qu'en raison de l'oblitération cholédocienne concomitante et cause même de la pyléplébite.

Complication fatale dans presque tous les cas, elle aboutit soit à l'hémorragie intestinale, soit à une cachexie progressive par suite des véritables saignées séreuses que fait au malade la diarrhée profuse, et résistante au traitement, dont ils sont atteints.

OBSERVATION XXXIII

(LENDET. — LOC. CIT. IN THÈSE LEDIEU)

Dilatation des canaux biliaires intra-hépatiques par des calculs. Inflammation, suppuration, consécutive à la veine porte. Mort.

Homme âgé de 65 ans. Coliques hépatiques dans ses antécédents. Entre à l'Hôtel-Dieu pour accès fébriles irréguliers.

Ictère, amaigrissement progressif, coliques peu vives suivies d'augmentation de la teinte ictérique. Le malade tombe graduellement dans un état typhoïde, l'amaigrissement fait des progrès et le malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Le foie est un peu gros. Calculs cholédociens et intra-hépatiques. La branche gauche de la veine porte est bouchée par un caillot mollasse peu adhérent. Liquide purulent à l'intérieur. Le parenchyme hépatique lui-même est parsemé de petits points de suppuration accompagnant les dilatations des canaux biliaires intra-hépatiques.

OBSERVATION XXXIV

(BOUSSY. — GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1878)

Pyléphlébite adhésive consécutive à la lithiase biliaire. Mort

J. Aug., 74 ans, entre le 12 septembre 1877 dans le service de M. Lancereaux, à Saint-Antoine. Bien portant jusqu'à il y a un mois, J... s'est vu jaunir de plus en plus, et aujourd'hui il présente un ictère généralisé. Volume du foie normal. Diarrhée, état général grave. Pas d'albumine.

Le 12 septembre, soir, grand frisson.

Le 13 sept., T. matin, 37°6 ; soir, 37°.

Le 14, matin, T. 36° ; soir, frisson, 39°6. Râles muqueux à la base d'un poulmon.

Le 15, frisson, matin, T. 36° ; soir, 39°8.

Le 16, matin, T. 37° ; soir, 39°.

Le 17, matin, T. 37°4 ; soir, 38°.

Le 18, matin, T. 39°. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, on trouve de l'endocardite des valvules aortiques des infarctus dans les reins ; les poulmons sont œdématisés ; le cholédoque est obstrué par un calcul du volume d'un noyau de cerise. Les conduits hépatiques sont dilatés, mais ne renferment pas de traces de pus. Sur les divisions de deuxième ordre, la muqueuse est injectée. Sur les branches correspondantes de la veine porte, on constate une inflammation des veines caractérisée par l'épaississement de leurs parois et par la présence de caillots fibrineux.

HÉMORRAGIES INTESTINALES AU COURS DE LA LITHIASÉ BILIAIRE CHEZ LE VIEILLARD

Une des complications très rares de la lithiasé biliaire chez le vieillard mais qui, partiellement du moins, relève comme les précédentes de l'infection, c'est l'hémorragie intestinale. Nous ne ferons qu'esquisser sa symptomatologie. Son importance se déduit aisément de son pronostic le plus souvent fatal.

Indépendantes des hémorragies constatées au cours des affections hépatiques en général et si bien étudiées par Bianchi, Porta, Becquerel, Monneret, Gubler, Frerichs, cette complication fut étudiée pour la première fois par Marion et Schmidt, en 1894, puis par Roux et Nattan-Larrier, par Houdry, enfin, dans sa thèse.

Jusqu'alors, uniquement signalées chez les femmes (Houdry), ces hémorragies surviennent chez des gens infectés dont les signes d'infection atténuée ont échappé à l'examen. Souvent, d'ailleurs, cette infection ne se traduit que par cette éventualité dramatique de l'hémorragie intestinale.

Au point de vue symptomatologique elle peut avoir deux expressions différentes. Plus rarement et à un degré moindre, l'hémorragie demeure intra-vésiculaire et ne fait pas irruption dans l'intestin. Tel est le cas de cette malade de 83 ans qui, morte avec des signes d'hémorragie interne, fut autopsiée et dans la vésicule non perforée de laquelle l'on trouva une abondante hémorragie.

Le plus habituellement c'est une hémorragie intestinale externe, ou plus exactement un mœlena (Houdry), c'est-

à-dire une hémorragie par l'intestin, à la suite d'une colique hépatique; aussi comprend-on qu'elle soit rare chez le vieillard. Hémorragie abondante et brusque de sang rouge ou noir, suivant le séjour du sang dans l'intestin, son abondance est telle, que dans un cas de Marion, elle fut à la fois anale, buccale et nasale. Elle s'accompagne des signes habituels des grandes hémorragies que nous nous abstenons de reproduire. Leur évolution est des plus rapides et la mort peut s'en suivre dans les vingt-quatre heures ou même dans une demi-heure après le début de l'accident, comme dans le cas de Houdry. Leur mécanisme est multiple, et nous en reconnaitrons trois principaux : l'altération des parois vésiculaires, inflammatoire ou cancéreuse ; anévrisme des vaisseaux de voisinage ; ulcération vraiment intestinale. Dans les cas d'hémorragies purement vésiculaires, il s'agit de lésions purement inflammatoires sous l'influence des toxines microbiennes, dont le pouvoir télangiectasique a été mis en évidence par Claude. Lésions d'ailleurs mécaniquement favorisées par le contact d'un ou plusieurs calculs sur une muqueuse ainsi altérée. Souvent inflammatoire, cette altération des parois vésiculaires peut reconnaître encore pour cause la coexistence d'un cancer des voies biliaires avec la lithiase, le mécanisme de l'hémorragie dans ces cas semble être identique au précédent dans bien des cas, mais aux hémorragies traumatiques par le calcul s'adjoignent les hémorragies de la masse cancéreuse.

Dans une deuxième variété, observation de Marion, étant donnée la situation des caillots au niveau de la vésicule biliaire, sans ulcération de cette dernière, et l'intégrité constatée à l'autopsie de la veine porte, il est bien proba-

ble qu'une lésion de l'artère hépatique était seule en cause sous l'influence de l'ulcération de ce vaisseau, le sang n'ayant pas pour s'écouler une voie de sortie assez large, avait déterminé la rupture de la vésicule et pénétré dans le péritoine.

Dans la troisième variété, enfin, l'ulcération est réellement intestinale, causée par le calcul lui-même, dans ces cas, l'hémorragie revêt les caractères d'une hémorragie en nappe dont le pronostic est moins immédiatement grave. Obs. Roux et Nattan-Larrier.

OBSERVATION XXXV

(ROUX ET NATTAN LARRIER. — BULL. SOC. ANAT., 30 AVRIL 1897)
Lithiase totale des voies biliaires. Angiocholite. Hémorragie intestinale abondante. Ulcérations intestinales

Femme 72 ans, atteinte de coliques hépatiques depuis dix ans. Entre à l'hôpital pour de grands accès de frisson, fièvre et sueurs survenant tous les dix jours. Les accès s'accompagnent d'un ictère acholurique. Pas de selles décolorées. Femme obèse, malgré cela on croit percevoir la vésicule. Autopsie montre que c'était la ramification droite du canal hépatique dilaté.

La malade succombe au bout de deux mois avec des signes d'ictère franc. Dans les 24 heures qui précédèrent la mort, elle eut une hémorragie intestinale en nappe d'une extrême abondance.

Autopsie. — Partie moyenne du cholédoque bourrée de calculs. Vésicule petite avec une dizaine de calculs. Dans la branche droite de l'hépatique, un ou deux calculs à facettes, du volume d'une noix. Le foie lui-même était farci de petites masses granuleuses.

Le pancréas, d'apparence normale à la coupe, n'était plus représenté que par une masse de graisse où subsistait de loin en loin quelques lobules pancréatiques.

Rein gauche, infarctus suppuré à sa partie supérieure.

Ulcérations profondes à l'entrée de l'S iliaque.

OBSERVATION XXXVI

(MARION. — MERCREDI MÉDICAL, 15 DÉC. 1894)

Coliques hépatiques. Ictère. Hémorragie mortelle. Autopsie. Coexistence de lithiase et de cancer

R. J., 60 ans, blanchisseuse. Entre le 18 juillet 1894 à l'hôpital Necker, pour des douleurs dans le flanc droit et la jaunisse. Le début remonte à trois semaines, par des douleurs irradiées dans l'épaule droite. En même temps, vertiges, faiblesse, lipothymie. Jamais de frissons. Ictère, huit jours après.

A l'examen, douleurs toujours vives. Ictère jaune d'or. Urines biliaires. Selles décolorées. Etat général de la malade excellent.

Le 1^{er} août, l'ictère commence à disparaître.

Le 12 août, dans la nuit, la malade est agitée, elle a eu de nouveau des douleurs très vives. Le matin, elle se plaint d'oppression. Frissons. On la fait asseoir pour l'ausculter ; quelques instants après, débâcle sanguine par la bouche, le nez, l'anus. La malade meurt en une demi-heure. Au moment du frisson, T. 36°.

Autopsie. — Dans la région hépatique, on trouve au-dessous du foie un amas de caillots sanguins au milieu desquels on découvre un calcul gros comme un œuf de pigeon. La cavité qui contient ce calcul s'ouvre d'une part dans le péritoine, de l'autre dans l'angle supérieur du duodénum, si bien qu'il y a deux orifices duodénaux, l'un faisant communiquer la cavité avec la portion horizontale, l'autre avec la portion verticale. Ces orifices sont de date ancienne et bien cicatrisés sur les bords. La cavité représente les restes de la vésicule. En bas, une masse indurée englobe les canaux cystique et cholédoque impossibles à disséquer. Cette masse est reconnue pour être un cancer des voies biliaires, si fréquent dans la lithiase.

Foie cancéreux secondaire. Ganglions de voisinage. Veine porte intacte. Pancréas, estomac, intestin grêle normaux.

COMPLICATIONS CANCÉREUSES DE LA LITHIASÉ

Avant de terminer l'étude de ces complications infectieuses nous ne dirons qu'un mot des complications can-

céreuses de la lithiase biliaire. La coexistence, en effet, des cholécystites et du cancer a été signalée par Durand-Fardel (deux sur six cancers de la vésicule examinés), et par Leroux, obs. XXXVI. La lithiase peut être encore compliquée de cancer de la tête du pancréas ou des voies biliaires, dans les cas d'obstruction cholédocienne, obs. IV par exemple. Dans tous ces cas, la lithiase infectée ne joue qu'un rôle favorisant, un rôle d'appel de la néoplasie sur des organes ainsi altérés. Aussi comprend-t-on que la symptomatologie des ces affections, nécessairement mixtes, soit fatalement floue.

La coexistence d'hémorragies, obs. XXXVI, et d'une cachexie rapide avec des symptômes de lithiase confirmée, sont les seules particularités cliniques qu'elles semblent offrir. Leur diagnostic sera celui des tumeurs biliaires dans le cas de cancer de la vésicule, d'obstruction canaliculaire dans le cas de cancer de la tête du pancréas, nous y reviendrons ultérieurement.

OBSERVATION XXXVI *bis*

(COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. LEROUX)

Cancer primitif de la vésicule. Propagation au foie. Lithiase. Cholécystite purulente

Mme X..., 60 ans, blanchisseuse, entre le 27 août 1879, à l'hôpital, pour ictère très prononcé, cachexie et troubles digestifs.

Pas d'antécédents hépatiques, cinq enfants. Elle est malade depuis deux mois. Le début s'est manifesté sous forme d'une douleur, d'abord localisée à l'hypocondre, puis généralisée à tout l'abdomen qui ballonne. Il y a trois semaines, l'ictère se montra d'abord à la figure, puis se généralisa. (Edème des membres inférieurs.

A l'examen, ictère. Nausées, selles régulières jaunes. Langue

humide. Météorisme. Aucune douleur spontanée ou provoquée. Urines hépatiques. T., 37°. Cachexie. On diagnostique cancer secondaire du foie, probablement consécutif à un cancer de l'estomac.

Le 1^{er} septembre, douleur abdominale diffuse. Le 8, oppression ; l'œdème envahit les parois abdominales. Urine, 300 gr.

Paracentèse : il en sort un liquide gris verdâtre, albumineux ; alors on peut constater un gros foie à la palpation et à la percussion.

Autopsie. — On trouve une péritonite généralisée, le foie adhère au diaphragme, le canal cystique est imperméable. La vésicule contient 300 gr. de pus et des fragments de calculs, ses parois sont épaissies, indurées, d'aspect squirrheux ; la face interne de cette coque ne présente ni ulcération, ni végétation, elle se continue du côté du foie, avec une zone de un ou deux centimètres d'épaisseur, au niveau de laquelle on constate les caractères extérieurs et la structure du tissu cancéreux. Le grand épiploon est également cancéreux. Le cœur est petit et mou. Les poulmons, emphysémateux. Congestion du lobe inférieur gauche. Hépatisation rouge du lobe inférieur droit. Tous les organes ont une coloration ictérique prononcée.

B. Complications mécaniques de la lithiase biliaire chez le vieillard

« La présence et l'arrêt des calculs dans les canaux biliaires a une toute autre importance que dans la vésicule. La vésicule biliaire peut être réduite à une poche inutile ou même presque entièrement détruite sans que les fonctions du foie ou celles de l'intestin en paraissent modifiées. C'est pourquoi les calculs peuvent s'arrêter aussi impunément dans le canal cystique que dans la vésicule elle-même » (Durand-Fardel).

Nous nous permettrons d'adresser à cette opinion une légère critique. C'est, à notre avis, ne pas tenir un compte

suffisant des conséquences si fâcheuses et pourtant réelles de la lithiase vésiculaire que nous venons d'exposer.

Sans doute, le rôle fonctionnel de la vésicule est minime, peut-être nul, et nous reconnaissons avec Durand-Fardel que l'obstruction totale cholédocienne, en amenant l'arrêt de l'écoulement biliaire et secondairement la déchéance de la cellule hépatique, est infiniment plus grave qu'une lithiase vésiculaire non compliquée. Mais pratiquement et cliniquement surtout, les symptômes observés relèvent plus fréquemment des complications vésiculaires que des complications cholédociennes. Quel est le point de départ, en effet, des ces adhérences multiples, constantes presque, de cette péritonite plastique dont MM. Tripier et Paviot ont fait une étude judicieusement observée, sinon la vésicule.

Nous pensons donc que, graves toutes les deux, les complications mécaniques doivent céder le pas aux complications infectieuses, parce que moins fréquentes.

Indépendamment de cette migration et obstruction éphémère canaliculaire qui constitue la colique hépatique, nous devrions étudier, dans ce chapitre de la lithiase biliaire, la tumeur biliaire qui, parfois, reconnaît pour étiologie une obstruction cholédocienne. Au même titre, la pseudo-obstruction intestinale ayant pour cause l'enclavement d'un calcul au niveau de l'ampoule de Vater, ressort de ces complications. Mais, ces formes ayant été exposées, nous n'étudierons ici que l'ictère progressif chronique et la cirrhose calculeuse qui l'accompagne.

L'ictère progressif et chronique. — Il est au point de vue symptomatologique ce que ces deux termes le définissent, c'est-à-dire un ictère généralisé par rétention, mais s'ac-

compagnant d'une vraie cachexie ou phthisie biliaire comme on l'a dit.

Son diagnostic, en raison de l'âge et de l'état général du sujet, est donc hésitant entre celui de néoplasme des voies biliaires du pancréas et celui d'obstruction calculuse. Nous établirons les bases de ce diagnostic ultérieurement. Souvent, cependant, ce n'est que l'évolution qui pourra renseigner le praticien, aidé, d'ailleurs aussi, par les antécédents. Nous reproduisons ici l'observation personnelle d'une dame dont l'état général était tel que l'on pensa à un néoplasme ; lorsque, après quatre mois d'ictère prolongé, cette malade rendit de la boue biliaire et, depuis lors, s'achemina progressivement vers une guérison définitive.

OBSERVATION XXXVII

(Personnelle)

Obstruction calculuse. Ictère chronique. Lithiase biliaire, forme gastralgique avec cachexie prise pour un néoplasme

Mme S..., 60 ans. Mère morte à 75 ans, paralysée. Père mort à 75 ans de rétrécissement œsophagien, il avait eu à 59 ans, rétention d'urine. Une sœur est morte à 41 ans d'une maladie de cœur.

Un oncle mort de cirrhose atrophique.

Une cousine a eu des coliques hépatiques à 44 ans environ.

Un cousin est également malade du foie, sans que le sujet puisse préciser la nature de l'affection.

Antécédents personnels : Malade nourrie au sein, a eu la rougeole à six mois. Ni rhumatisme, ni typhoïde, ni scarlatine.

Premières règles à 13 ans, avec pertes blanches abondantes et douloureuses. Mariée ; une fille, accouchement normal, pas de fausses couches. A 18 ans, à la suite d'un refroidissement, la malade resta anémiée pendant 5 ans, néanmoins elle n'a jamais eu d'hémoptysie. A cette époque apparaissent des crises de gastralgie avec intolérance stomacale absolue, la ma-

lade n'a pas remarqué si son teint, habituellement jaune d'ail-leurs, teint de cholémique, avait changé et était devenu plus coloré. Ces crises n'étaient pas calmées par l'ingestion d'ali-ments, et dans leur intervalle laissaient la malade assez cal-me. Ces gastralgies ne se sont pas accompagnées de frisson ni de fièvre. Il y a six ans, à la suite de grandes émotions, ces crises qui avaient à peu près disparu, sont revenues avec la même intensité, et accompagnées cette fois de vomisse-ments. La malade ne fit pas attention si ses urines ou ses matières avait une coloration anormale. Traitée pour de la dyspepsie hyperchlorhydrique, elle suivit un régime lacté absolu qui l'améliora sensiblement.

Le 27 juin de cette année, au courant de laquelle la malade eut de grands chagrins intimes, après son repas elle est subi-tement prise de douleurs atroces avec irradiation scapulaire et dorsale ; les vomissements, la fièvre et les frissons accom-pagnent cette douleur. Elle croit à une nouvelle crise de gas-tralgie. Consultant son docteur, le diagnostic porté est coli-que hépatique à forme stomacale, en raison de la coloration foncée de l'urine et de la décoloration des matières. Trois jours après, nouvelle crise, hypéresthésie cutanée de la région hépatique, le ventre est ballonné. La percussion du foie dé-note cependant une hypertrophie considérable de cet organe. Huit jours après, nouvelle crise. Ces crises survenaient tou-jours une heure environ après les repas.

La malade maigrissait énormément, se cachectisait, son estomac ne voulait plus rien supporter, à peine le lait était-il toléré en quantité infime. Devant les progrès de cette cachexie, l'on pensa à la possibilité d'un néoplasme de l'estomac et l'on parla à la malade d'une opération possible. Elle demanda que l'on différât cette intervention.

La cachexie progressait toujours, perte de poids : 15 kilos. Le 13 septembre, nouvelle crise. Le docteur A... étant absent, je fus appelé auprès de la malade. Douleur épouvantable, abdominale, surtout stomacale, ventre ballonné, nausées n'aboutissant qu'au rejet de glaires. Fièvre et frissons mul-tiples, ictère. Avec l'autorisation du docteur A..., je conti-nuais les médications prescrites (cataplasmes laudanisés, diète hy-drique, eau de Vichy, grand lavement tiède, la malade ne pouvant le supporter froid). Le 16, nouvelle crise. Le 17, à notre grande surprise, la malade expulse, avec ses matières fécales, la valeur de trois grandes cuillerées à bouche de sable, de boue biliaire. Les matières redeviennent colorées,

l'urine augmente de quantité. De 500 gr., elles s'élèvent progressivement : 900, 1.000, 1.200, 1.500 gr. le 25 septembre.

Le foie diminue progressivement de volume ; le ventre, jusqu'alors météorisé, diminue aussi, et le 2 octobre la malade elle-même demandait à s'alimenter.

D'abord mise au petit lait, puis au lait écrémé, la malade, le 17 octobre, pouvait prendre deux bouillies légères de farine d'avoine. Le 14 octobre, il ne lui reste plus comme symptômes que quelques frissons marqués surtout le soir, sans que la température ne dénote une élévation quelconque de la courbe.

Nous avons eu depuis de ses nouvelles. Elle engraisse progressivement, commence à vaquer à ses occupations et n'éprouve plus aucun malaise dans les digestions de ses bouillies d'avoine et du lait écrémé qui forment encore la base de son régime.

Les cirrhoses calculeuses. — Elles n'ont guère d'histoire clinique en ce sens que chez un malade atteint d'ictère chronique par oblitération calculeuse il sera bien difficile d'apprécier cliniquement l'état anatomique du parenchyme hépatique, tout au plus une diminution graduelle du volume du foie, pourra-t-elle permettre de soupçonner les progrès de la cirrhose calculeuse en évolution.

Forme latente. — A côté de ces deux formes d'obstruction canaliculaire il en est une, absolument latente, dont un cas a été rapporté par Brissaud et Sabourin, dans lequel, sans aucun phénomène clinique apparent pendant la vie, l'on constata à l'autopsie une oblitération complète de la branche gauche du canal hépatique (archives de physiologie, 1884).

Nous avons enfin recherché l'existence de ruptures des voies biliaires ou de pancréatites sténosantes, gangréneuses, consécutives à cet arrêt de migration des calculs et n'en avons pas trouvé d'exemples, bien que les pancréatites soient l'apanage des lithiases anciennes (Dieulafoy).

Quant à l'évolution de ces accidents, elle est fonction du degré de l'oblitération elle-même. Pour la résumer nous rappellerons l'opinion de Durand-Fardel à leur sujet.

« Les calculs peuvent s'arrêter dans les canaux biliaires intra-hépatiques sans déterminer d'accidents, pourvu qu'ils n'en oblitérent pas entièrement le calibre.

Mais lorsque ces calculs oblitérent entièrement ces canaux, il en résulte des accidents graves et même définitivement mortels. Ces accidents n'ont rien qui soit précisément propres aux vieillards, ils n'en diffèrent que par la gravité de leur pronostic. »

OBSERVATION XXXVIII

(DURAND-FARDEL. MALADIE DES VIEILLARDS)

Obstruction incomplète des canaux biliaires n'ayant déterminé aucun accident

Une femme, âgée de 76 ans, mourut des suites d'une hémorragie cérébrale, sans avoir présenté aucun symptôme hépatique, pendant les dernières semaines de sa vie. On trouva la face inférieure du foie occupée par des adhérences assez serrées avec le côlon et même le duodénum ; les voies biliaires étaient environnées d'un tissu cellulaire abondant. La vésicule se trouvait convertie en une petite poche, du volume d'une fève environ, à parois blanches, à cavité presque nulle, et paraissant vide. On ne trouvait point de communication entre elle et le canal cystique. Le canal cholédoque et le canal hépatique, énormément dilatés, présentaient bien trois fois leur diamètre normal. Le canal cystique, également un peu dilaté, contenait un peu de bile jaune. Un calcul jaunâtre, du volume et à peu près de la forme d'une noix, se trouvait placé au niveau de l'embranchement des trois canaux ; mais plus étroit que le conduit qui le renfermait, il était très facilement mobile et n'obstruait pas complètement le passage de la bile. Au-dessus et au-dessous, on trouva de la bile et six ou huit petits calculs jaunes ou noirâtres. Les canaux biliaires étaient dilatés dans l'intérieur du foie, parfaitement sain du reste.

OBSERVATION XXXIX

(DURAND-FARDEL. MALADIES DES VIEILLARDS)

*Obstruction totale des canaux biliaires par des calculs.
Evolution aiguë. Mort rapide.*

Une femme, âgée de 82 ans, de forte constitution, éprouvait depuis deux mois des douleurs vagues et mal définies dans l'abdomen, tantôt plus, tantôt moins vives, cessant par intervalles complètement. Il y a quelques jours, à la suite d'un repas indigeste, elle ressentit des douleurs abdominales plus vives accompagnées de hoquets et de vomissements ; il survint de la constipation, les urines devinrent rares, la peau se couvrit d'une teinte ictérique.

Cette femme entre à la Salpêtrière, 14 mai. Le ventre était un peu ballonné, partout sensible à la pression, l'hypocondre droit présentait une tension générale avec sensibilité plus prononcée; la langue était très blanche à la base et d'un rouge vif à la pointe, la soif très vive, la chaleur de la peau un peu élevée, sans fréquence du pouls. Constipation absolue, point d'urine depuis vingt-quatre heures, ictère un peu foncé. Plus de vomissements, ni de constipation (vingt sangsues à l'anus, cataplasmes, limonade), amélioration les jours suivants.

Le 26 mai. — Nouvelles douleurs dans l'hypocondre droit avec fièvre intense et redoublement de l'ictère, symptômes qui s'amendent et ne reparaissent que le 11 juillet, date à laquelle, après une promenade, le soir, la malade est prise d'une violente douleur à l'hypocondre droit, la nuit suivante insomnie, fièvre, agitation.

Le 12 juillet, facies altéré, chaleur vive de la peau, pouls à 90, soif vive, sensibilité de tout l'abdomen sans cependant de matité.

Le 13 juillet. — L'ictère augmente, hoquets, nausées, constipation. Pouls, 90. Ces accidents se dissipent.

Le 5 août. — L'ictère a disparu.

Le 15 août. — La malade se donne une indigestion avec des gâteaux, vomissements, diarrhée, réapparition de l'ictère.

Le 17. — Douleurs dans la région lombaire. Tout à coup, à midi, la malade perd la parole, la respiration devient fort irrégulière, la peau prend une teinte jaune plus foncée. Le pouls est petit, filiforme, les extrémités sont froides, la mort survient quelques heures après.

Autopsie : On trouve un gros calcul placé dans le cholédoque, un peu avant son entrée dans le duodénum, de manière à l'oblitérer complètement. Les conduits biliaires sont gorgés de bile, les canaux hépatique et cholédoque présentent une rougeur vive sans ramollissement. Aucune altération de la muqueuse gastro-intestinale, ni péritonite, ni inflammation des veines, rien qui puisse expliquer cette mort rapide autre que la présence de ce calcul et l'arrêt de la circulation biliaire. Les poumons offrent un léger degré d'engouement. Rien au cœur, ni aux centres nerveux.

OBSERVATION XL

(BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. 1873. T. XXVIII, p. 13)

Obstruction cholédocienne complète. Mort subite

L. Bondet avait vu mourir presque subitement un vieillard de Bicêtre ayant les voies biliaires rouges, le canal cystique dilaté, un calcul assez volumineux arrêté dans le canal cholédoque, et enfin un abcès communiquant avec la vésicule biliaire ; on avait observé pendant la vie une sensibilité très vive à l'épigastre.

OBSERVATION XLI

(DURAND-FARDEL (MALADIES DES VIEILLARDS)

Obstruction calculuse complète. Evolution chronique. Mort

Femme, 73 ans, entre à la Salpêtrière le 31 mai, présentant un ictère très prononcé dont elle se disait affectée depuis quelques jours à la suite d'une vive contrariété.

On n'observait aucun autre signe de lésions des viscères et en particulier des voies biliaires. Ni hépatomégalie, ni ballonnement du ventre, ni liquide dans le péritoine. Les fonctions digestives paraissaient s'exécuter assez bien et cette femme qui n'éprouvait aucune souffrance, se croyait à peine malade. Elle était cependant un peu languissante, les mouvements pénibles, l'haleine courte.

Environ deux mois après, on reconnut la présence d'un peu de liquide dans le péritoine ; la malade s'affaiblit sensiblement, ses traits s'altérèrent, elle perdit l'appétit ; quelque

temps après, il survint de la diarrhée et un peu plus tard des vomissements fréquents de matières bilieuses. Le ventre prit un volume considérable et la mort arriva peu à peu sans accidents nouveaux, autres que des vomissements opiniâtres pendant les quinze derniers jours de la vie. Cette femme succomba le 2 septembre.

Autopsie : On trouva le péritoine recouvert, surtout sur les intestins, de fausses membranes récentes présentant dans les mêmes points une coloration ardoisée et renfermant une quantité considérable d'un liquide jaune bilieux. Toutes les voies biliaires étaient enveloppées d'un tissu cellulaire dense qui nécessita une dissection un peu longue.

Un calcul du volume d'une grosse noisette, dur, jaunâtre, un peu rugueux à sa surface, était placé à l'embranchement des trois canaux ; il oblitérait complètement le cystique et le canal hépatique. Ce dernier était très dilaté jusque dans ses ramifications hépatiques. Le canal cystique semblait ne plus exister, le col de la vésicule arrivait jusqu'au calcul. Les parois de la vésicule étaient un peu épaissies, sa cavité, très rétrécie, contenait une bile épaisse et noire. Le cholédoque était libre et non dilaté dans son extrémité duodénale. Coloration ardoisée d'une partie de la muqueuse intestinale.

OBSERVATION XLII

(MICHAX. IN THÈSE JOURDAN)

*Ictère chronique, calcul du cystique et calculs du cholédoque
Cholécystectomie et cholédotomie. Guérison*

(COMMUNICATION A SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, 1^{er} MAI 1895)

A. Sch..., femme, 73 ans, entre à l'hôpital en octobre 1894 pour une tuméfaction marquée de l'hypocondre droit au dessous des fausses côtes, et un ictère prononcé qui dure depuis huit ou dix mois. Un mois de traitement médical sans grand succès. L'on croit à une distension lithiasique de la vésicule avec réserves sur le foie.

Le 23 novembre 1894, intervention. Vésicule amincie, se déchire pendant son décollement. Exploration du cystique et du cholédoque. Calculs. Drainage. Guérison en deux mois.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Sur le mécanisme de la formation des calculs et sur leur composition nous ne dirons rien.

Dans quelques cas cependant, comme Durand Fardel l'a fait remarquer, ces calculs sont plus le résultat d'une simple sédimentation biliaire par stase, que de vraies concrétions calculeuses de structure complexe. Tel est le cas des calculs trouvés dans presque toutes les vésicules cancéreuses.

Ces circonstances exceptées, leur structure et leur formation est en tout analogue à celle de l'adulté.

Les raisons d'être de la fréquence normale des calculs chez les vieillards et la pathogénie de chacune des formes ont été exposées aux chapitres de l'étiologie et de la symptomatologie. Nous n'envisagerons donc ici que l'étude de la rareté clinique de la colique hépatique et chercherons à en préciser les raisons.

Ces formes latentes ont été ainsi définies par Moëssé :

« Il peut être permis, dit-il, de constater dans les garde-robes, la présence de calculs sans que le sujet ait éprouvé le moindre trouble fonctionnel capable de donner l'éveil sur cette migration. »

Comment l'expliquer.

Sénac explique cette cessation des coliques hépatiques avec les progrès de l'âge, par les modifications que subit l'appareil biliaire, dont le tissu est le siège d'un épaissement fibreux et dont les cavités se resserrent de plus en plus au point de s'oblitérer presque complètement. Cette hypertrophie des tissus serait pour cet auteur un obstacle au mouvement spasmodique qui dynamiquement conditionne la colique hépatique, d'où sa moins grande fréquence.

Avec Legendre, nous reconnaitrons que c'est là une pathogénie partiellement satisfaisante.

Cette hypertrophie du tissu fibreux, ne résume pas en effet toutes les lésions des voies biliaires extra-hépatiques du vieillard. L'élément musculaire est avant tout l'élément important de ces canaux, c'est lui qui fait la crise.

Or, à l'encontre des opinions de Grancher, Renaud, Pitres et Mossé ; Sterne a pu, en se basant sur des examens histologiques affirmer que les fibres musculaires de ces conduits étaient à peu près sensiblement égales en nombre à celles de l'adulte.

Rien d'ailleurs n'est surprenant que chez le vieillard lithiasique, nous retrouvions un assez grand nombre de fibres musculaires dans ses voies biliaires. Bouisson, Raynaud et Sabourin ont bien démontré que ces fibres s'hypertrophiaient dans les canaux biliaires des gens atteints de lithiase. Pourquoi donc chez le vieillard la quantité

des éléments musculaires, en apparence normale de ces canaux, ne serait elle pas le reliquat de faisceaux plus compacts développés au cours d'une lithiase de l'âge adulte et encore en voie de disparition.

Ce n'est donc pas dans cette constatation seulement anatomique qu'il faut chercher la principale raison d'être de cette latence. Il la faut chercher surtout, en réalité, dans les propriétés physiologiques de ces fibres musculaires elles mêmes, c'est-à-dire leur contractilité. Or, l'atonie physiologique musculaire générale semble être une caractéristique des plus frappantes de la vieillesse. Pourquoi les voies biliaires extra-hépatiques feraient-elles exception à cette règle ?

Si, en outre, l'on considère à côté de cette déchéance physiologique la dilatation des canaux biliaires presque constante chez ces mêmes sujets (Sterne), l'on pourra s'expliquer aisément que devant développer plus de force que chez l'adulte pour faire progresser le calcul, d'une part, et n'ayant, d'autre part, qu'une puissance de réaction bien inférieure à ce dernier, le spasme musculaire constituant normal de la colique qui doit en résulter, sera fatalement plus rare et aussi moins douloureux.

Cette latence trouve donc avant tout sa cause dans des raisons d'ordre physiologique.

Les considérations d'ordre anatomique ne sont pas cependant à négliger et retrouvent encore dans cette pathogénie une grande valeur. Elles concernent l'inflammation chronique vésiculaire et canaliculaire d'origine calculieuse que nous avons si longuement étudié.

Cette inflammation incontestable et dont les adhérences multiples sous-hépatiques chez le vieillard sont les plus

probants témoignages contribuent en effet en partie à l'inertie de ces canaux biliaires et augmente cette déchéance physiologique musculaire que les seuls progrès de l'âge auraient suffi à réaliser.

Mais plus important est surtout son rôle dans la pathogénie des manifestations douloureuses de la lithiase biliaire chez le vieillard. C'est elle qui permet de se rendre compte, indépendamment de toute différence individuelle, pourquoi chez ces sujets la douleur est à peine ressentie. Ce n'est pas, en effet, qu'ils soient moins nerveux. Bien des femmes, au contraire, gardent jusqu'à 80 ans tous les attributs du nervosisme, nous n'en voulons encore pour autre preuve que leur aptitude si grande aux réflexes qui gravitent dans la sphère du sympathique et du pneumogastrique (nausées, vomissements, troubles cardio-vasculaires, état lipothymique et syncope). En réalité, c'est que grâce à ces inflammations répétées et chroniques, la sensibilité douloureuse de la vésicule et des canaux biliaires au contact des calculs ou de la boue biliaire paraît diminuer. C'est une sensibilité qui, à force d'être émoussée, finit par devenir nulle.

C'est en quelque sorte encore, la cicatrice de toutes les poussées inflammatoires qui au cours d'une lithiase de l'âge adulte se sont épuisées sur leurs voies biliaires extra-hépatiques, cicatrice devenue indolore. Il n'est pas d'ailleurs jusqu'au foie sénile, lui-même, qui ne puisse en partie expliquer cette latence, par la diminution de son activité fonctionnelle, en rapport d'ailleurs avec une importance moindre de ses fonctions.

Le foie sénile est un foie légèrement scléreux, la circulation biliaire dans l'intérieur de son parenchyme et dans les

voies extra-hépatiques est considérablement ralentie. Or, s'il y a dans ce ralentissement, une des causes favorisantes de la lithiase, il faut aussi reconnaître qu'il est aussi cause de la non-migration calculeuse.

Pour clore enfin cet ensemble de causes tour à tour invoquées pour expliquer la rareté clinique de la colique hépatique chez le vieillard, nous signalerons deux autres facteurs d'importance secondaire mais qu'on ne saurait omettre dans une pathogénie aussi peu riche en faits probants.

Certains auteurs prétendent, en effet, que chez le vieillard, le volume des calculs ne permettrait que difficilement leur passage dans le canal cystique ou cholédoque et voient là une cause de cette rareté clinique. Or, cette hypothèse n'explique encore que partiellement les faits, puisque des calculs de dimensions moyennes ont pu passer dans les canaux biliaires sans déterminer le moindre phénomène douloureux (Sterne).

Le dernier de ces facteurs est d'ordre psychique :

Sterne prétend qu'en raison de leur état spécial de démenée sénile, les vieillards ne se rendent qu'un compte inexact de ce qu'ils éprouvent et qu'il faut chercher là une des raisons cachées de cette latence.

En résumé, l'atonie physiologique des canaux biliaires et leur sensibilité atténuée jointe à la diminution de la circulation hépatique demeurent les trois grands facteurs de cette pathogénie; facteurs qui, combinés, sont les plus aptes à donner quelque raison de cette latence dont nous avons cherché à pénétrer le mécanisme.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la lithiase biliaire chez le vieillard est, on peut le dire un diagnostic aussi difficile que son importance est grande.

La *difficulté* de ce diagnostic ressort clairement, d'ailleurs de la modeste étude symptomatologique que nous avons précédemment faite de cette affection. Chez le vieillard, en effet, tour à tour cardiaque, pulmonaire, intestinale, nerveuse, presque tout, semble-t-il, sauf hépatique, cette symptomatologie est bien faite pour détourner le clinicien et lui faire soulever les plus divers des problèmes.

Son *importance*, d'autre part, n'est pas moins grande que sa complexité puisqu'à la satisfaction qu'a le praticien de faire un diagnostic exact se joint avant tout l'intérêt du malade. Or, ici, il est considérable, bien des sujets auraient pu, en effet, et pourront encore, grâce à lui, bénéficier des secours de la thérapeutique chirurgicale,

alors que sans lui, dans bien des complications, le pronostic est irrémédiablement fatal.

Pour apporter dans cet exposé, nécessairement touffu, plus de clarté; après avoir groupé dans la première partie de notre chapitre les signes cardinaux capables de conduire au diagnostic positif de cette affection, nous essaierons de donner dans la seconde partie de ce chapitre les bases du diagnostic différentiel de chacune des formes larvées puis des complications de la lithiase biliaire chez le vieillard.

Diagnostic positif

Le diagnostic positif de la lithiase biliaire chez le vieillard serait nécessaire en raison même de cette diversité symptomatologique qu'elle présente, mais est-il possible ?

Parmi les symptômes précédemment décrits, en est-il dont la constance nous autorise et nous permette de baser sur eux en toutes circonstances, un diagnostic précis de lithiase chez le vieillard indépendamment de ses formes cliniques ? Nous ne le croyons pas.

Cependant, parmi eux, dans la lecture des observations que nous avons pu recueillir, il en est trois dont l'importance et la grande fréquence permettront, dans l'incertitude d'un diagnostic hésitant, de pencher avec de grandes probabilités vers l'hypothèse d'une lithiase biliaire, ce sont : la douleur à la palpation profonde de la région cystique, les phénomènes pulmonaires passagers unilatéraux que Sterne prétend accompagner d'une façon presque constante les manifestations lithiasiques chez le vieillard, enfin, les petits frissons par intermittence et par accès survenant le

soir, chez des gens âgés. Ils ne seront certes toujours que des signes de probabilité, mais, dans bien des cas, signes utiles ; aussi avons-nous cru devoir les mettre en évidence dès le début de ce chapitre de diagnostic différentiel, surtout de la lithiasé biliaire.

I. -- DIAGNOSTIC DE LA COLIQUE HÉPATIQUE ET DE SES FORMES LARVÉES CHEZ LE VIEILLARD

Diagnostic de la colique hépatique franche chez le vieillard

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les discussions que peuvent soulever ces accès paroxystiques douloureux. Leur diagnostic est comme chez l'adulte celui de toutes les viscéralgies abdominales: coliques néphrétiques, saturnine, intestinale, crises gastriques tabétiques, gastralgie pure, névralgie intercostale, rein mobile, coliques pancréatiques. Cette énumération suffit à montrer combien il serait long de discuter un à un chacun de ces diagnostics, toutefois, l'examen des urines (oligurie hypoazoturie), les frissons concomittants de la crise, l'examen des selles, des téguments et des muqueuses (ictère), seront des bases suffisantes pour établir ce diagnostic.

Parmi les viscéralgies abdominales pouvant causer des erreurs dans leur interprétation clinique, nous signalerons ici la possibilité de crises douloureuses intermittentes relevant d'un néoplasme génital ovarien propagé à l'intestin et simulant des accès de colique hépatique. Assez rare, il est vrai, nous avons pu cependant en recueillir dans le service de M. le professeur Pic une observation que nous avons rapporté au chapitre de la symptomatologie de la colique hépatique. Ob. I.

*Diagnostic des formes larvées pulmonaires
chez le vieillard*

Nous ne parlerons pas ici des phénomènes concomitants de la crise (ob. de Mas.) frottements pleuraux, râles muqueux; cette dernière, en général, reconnue aux caractères précédemment indiqués donnera la véritable signature de l'affection.

Quant aux formes pulmonaires, à début pneumonique, à type de pleuro-congestion aiguë ou broncho-pneumonique, leur diagnostic différentiel sera surtout établi d'après l'unitéralité ou la prédominance à droite des signes stéthoscopiques observés, la durée de l'accès qui en trois à quatre jours sera brusquement jugulé, sa répétition par poussées successives surtout, la présence enfin, dans l'urine, de sels biliaires parfois même la diminution d'urée ne laisseront place alors à aucun doute sur la nature exacte de cette crise. C'est ainsi que l'on pourra surtout différencier chez le vieillard ces pneumonies souvent torpides, parfois bilieuses et dont le diagnostic, étant donné le peu de symptômes observés chez eux est si difficile.

Diagnostic des formes cardiaques de la lithiase biliaire

En présence des symptômes cardiaques purs ou associés, c'est-à-dire cardio-pulmonaires présentés par des vieillards, il faudra penser soit à une cardiopathie avec troubles hépatiques secondaires, le foie cardiaque, par exemple, avec son hépatomégalie douloureuse et son ictère, soit à une affection hépatique ayant un retentissement sur le cœur,

c'est ainsi que l'asthénie cardiaque a bien été décrite par M. Chauffard au cours de la maladie de Hanot.

Pour établir le diagnostic de toutes ces manifestations allant de la syncope à l'asystolie, l'on devra chercher avec soin, le passé lithiasique du malade et surtout chez les femmes les dysménorrhées. Souvent, en effet, chez elles, des douleurs lombaires ou de l'hypocondre accompagnées de quelques nausées ou vomissements au moment des règles, ne sont que la traduction clinique d'une colique hépatique larvée. Les formes fébriles du vieillard, après avoir examiné le paludisme ancien, seront aussi des renseignements précieux dont on devra s'entourer. L'examen du foie surtout, dans le cas de manifestations cardiaques d'origine lithiasique montrera un point cystique douloureux à la pression profonde ; quelquefois même on percevra une tumeur biliaire. Le subictère n'aura pas une grande valeur diagnostique puisque très fréquent dans beaucoup d'autres affections ; mais, du côté du cœur, si le cœur gauche est cliniquement indemne et que le deuxième ton pulmonaire soit accentué (Hypertension pulmonaire) s'il y a dédoublement du deuxième bruit à prédominance pulmonaire l'on sera en droit de penser à un cœur secondaire. Du côté du poumon, l'on recherchera les caractères cliniques que nous avons énumérés au diagnostic de ces formes. Le sexe, le passé arthritique du malade et de sa famille, l'évolution de l'affection qui sera passagère, le traitement seront enfin quelques signes de probabilité qu'il ne faudra pas négliger pour aboutir à une conclusion.

Diagnostic des formes larrées abdominales

La *forme pseudo-gastralgique* en est l'expression la plus simple et, rentre dans le cadre des viscéralgies abdominales, précédemment décrites. Cependant un caractère permettra de les différencier assez facilement. Ces douleurs sont accompagnées de vomissements et parfois d'intolérance stomacale; mais dans les cas où il n'y a pas intolérance, contrairement à ce qui se passe dans les crampes d'estomac, elles ne seront pas calmées par l'ingestion d'aliments. L'absence de douleur en broche, d'hématémèse, la coexistence, au contraire des frissons et de la sensibilité limitée de l'hypocondre compléteront cette symptomatologie spéciale des formes pseudo-gastralgiques de la lithiase biliaire chez le vieillard.

Quant à la *forme dyspeptique*, revêtant le masque de l'embarras gastrique fébrile, le caractère intermittent de ces dyspepsies, leur brusque disparition surtout, plus rarement le subictère et la constipation opiniâtre qui accompagne habituellement la colique hépatique chez le vieillard seront en faveur de leur origine calculeuse.

Diagnostic de la forme pseudo-obstruction intestinale

Dans ces cas, la douleur abdominale, bien que diffuse et gênant comme dans l'obstruction vraie l'examen, tant elle est violente, aura son maximum au niveau de l'hypocondre droit; l'auscultation de la base droite dénotera quelques symptômes de congestion, puis, le lendemain ou le surlendemain apparaîtra l'ictère révélateur. c'est en un

mot à la symptomatologie régionale qu'il faudra, dans tous ces cas, se rallier.

Diagnostic des formes nerveuses de la colique hépatique

Nous ne dirons rien des formes hypocondriaques, bien que la coexistence des phénomènes hépatiques antérieurs ou contemporains de cet accès de délire permette d'en faire presque certainement le diagnostic. Elle sert même à prévoir le retour d'un accès de colique hépatique dans le cas rapporté par Sterne.

Quant aux *frissons et aux accès de fièvre* intermittente ils seront surtout à différencier avec les véritables accès de fièvre paludéenne.

Leur résistance à la quinine, l'absence de splénomégalie, l'examen du sang (hematozoaires, leucocytes mélanifères, mononucléose, leur apparition vespérale, tels seront les principaux éléments utiles de ce diagnostic et qui permettront d'éviter l'erreur.

II. Diagnostic des complications

Diagnostic des cholécystites calculieuses

Ce diagnostic est d'autant plus délicat que souvent il n'y a pas d'antécédents hépatiques chez ces malades et que des signes de néphrite interstitielle viennent s'adjoindre comme nous l'avons vu au tableau clinique de l'affection.

Les troubles dyspeptiques, constants, peut-on dire, la douleur provoquée au point vésiculaire, le subictère qui pour Mossé serait la règle, la fièvre dans ses différents types

donnent à la cholécystite son allure clinique habituelle et permettront d'en faire le diagnostic positif.

Pour en établir le diagnostic différentiel, nous distinguerons deux cas : 1° il ya tumeur ; 2° il n'y a pas tumeur.

1° Il n'y a pas tumeur

Dans un certain nombre de cas ce sont les symptômes généraux qui domineront ; et le tableau symptomatique sera celui d'une péritonite ou d'une insuffisance rénale, réalisée par une cholécystite suppurée. Dans d'autres cas les symptômes fonctionnels ictère, fièvre hépatique seront les seuls observés et le diagnostic oscillera entre ces syndrômes.

2° Il y a tumeur ou diagnostic de la tumeur biliaire.

Lorsqu'il y aura tumeur biliaire, l'on reconnaîtra d'abord la vésicule à sa forme, son grand axe antéro-postérieur et sa mobilité avec les mouvements respiratoires.

C'est alors que l'on pensera seulement, à la possibilité d'un kyste hydatique suppuré ou non. Dans cette alternative, on aura recours à la recherche de l'éosinophilie, de la réaction de Weinberg : le frémissement hydatique, la base d'implantation plus large de la tumeur, son immobilité seront enfin autant de symptômes qui confirmeront le diagnostic de vésicule biliaire.

Les abcès du foie auront aussi souvent un symptomatologie analogue à celle des cholecystites (frissons, fièvre intermittente hépatique) mais tumeur dure au début dans les cas d'abcès hépatiques, elle se ramollit au cours de son évolution et les phénomènes généraux sont, en outre, plus accusés. Sa base d'implantation, comme le kyste hydatique, est également plus large que celle de la vésicule biliaire.

Ce diagnostic sera d'autant plus délicat que les cholécys-

tites peuvent se compliquer d'abcès du foie (Lucien et J. Parisot). L'examen du sang (H. Claude), permettra de reconnaître la suppuration et la radioscopie dans les cas d'abcès assez volumineux pourra en délimiter le siège.

Lorsque la tumeur biliaire gagnera la fosse iliaque et l'ombilic, elle permettra de penser à une tumeur de l'épiploon ou du mésentère, ces dernières seront bien plus mobiles.

L'erreur avec un cancer de l'angle droit du colon peut être commise, les troubles intestinaux concomittants, (entéro-colite muco-membraneuses), les mœlenas occultes aideront amplement à ce diagnostic.

Ce diagnostic de *tumeur vésiculaire* établi, le clinicien peut-il établir celui de sa nature et comment.

Nous envisagerons surtout celui du cancer de la vésicule, puisque la lithiase appelle le cancer.

Dans le cancer de la vésicule la tumeur est irrégulière et inégalement consistante, c'est peut-être le meilleur des signes, les vomissements, les douleurs vives de la cholecystite, l'ictère n'existe pas, enfin la cachexie surtout n'est pas comparable. Il y aurait, en outre, dans les cholecystites, hyperthermie locale (Peter).

Sur l'absence d'ictère, quelques auteurs ont voulu baser la nature muqueuse ou purulente du liquide. C'est un signe sans grande valeur dont on ne s'explique même pas la raison d'être ; l'on ne pourra, en résumé, se baser que sur le passé du malade, les accès de fièvre intermittente dans le cas de suppuration ; dans quelques cas, il sera permis enfin de demander à la ponction un signe de certitude à côté de tant de signes de probabilité seulement.

DIAGNOSTIC DES STÉNOSES BILIAIRES

Le diagnostic étiologique importe seul pour le médecin et se posera surtout entre le cancer de l'estomac, fréquent dans la vieillesse, et la sténose qui nous occupe.

Les antécédents du malade, l'examen des selles (tami-sage), les urines, l'hémamèse quelquefois révélatrice de la fistule ayant mis en communications les voies biliaires et le pylore, viendront mettre heureusement sur la voie de ce diagnostic.

Bouveret insistait sur la présence d'acide chlorhydrique et la diminution des accidents dans la station couchée, contre l'hypothèse du cancer. Riedel, d'autre part, ne croyait pas au cancer sans présence d'ascité. En réalité, la cachexie, l'anorexie élective, les phénomènes de généralisation (ganglions) seront plus précieux et plus sûrs que les signes précédemment énumérés.

DIAGNOSTIC DES CHOLECYSTO-APPENDICITES CALCULIEUSES

Ce diagnostic sera, en général, d'une assez grande facilité. Dans le cas où, de localisée cette double péritonite se généraliserait, l'évolution, le début surtout le plus souvent par la vésicule, permettront de reconnaître son origine.

Dans les autres cas, c'est à la migration des symptômes péritonéaux de la région vésiculaire, à leur coexistence, leur caractère de persistance et de fixité (Frilet) qu'il convient d'attacher la plus grande valeur dans la discussion de ce diagnostic.

DIAGNOSTIC DE L'OCCLUSION INTESTINALE CALCULEUSE

Ces phénomènes d'occlusion, qu'ils soient aigus ou chroniques ne permettront aucun doute sur leur diagnostic positif mais bien autre sera leur diagnostic différentiel.

Dans le cas d'occlusion aiguë, le diagnostic sera souvent impossible.

La péritonite par perforation aura des symptômes parfois identiques à cette occlusion mais plus souvent la constipation sera inconstante, le frisson du début et la température de la péritonite seront des signes utiles contre l'hypothèse d'une obstruction biliaire. La palpation même pourra donner des résultats et, dans certains cas l'on a pu sentir à travers la paroi abdominale le calcul provoquant l'obstruction ; le toucher rectal enfin, dans quelques circonstances, en atteignant l'obstacle lèvera tous les doutes.

Souvent encore cette complication sera prise pour un étranglement interne, c'est aux signes positifs de lithiase biliaire énoncés au début de ce chapitre qu'il faudra avoir recours.

DIAGNOSTIC DES PYLEPHLEBITES CALCULEUSES

En présence du malade atteint de pylephlébite avec grands frissons vespéraux, plus rarement d'ascite, de splénomégalie, l'ictère et la douleur dans l'hypocondre droit suffiront à la différencier de la vraie fièvre intermittente. La splénomégalie demeure sans doute un excellent signe de diagnostic positif mais peut-être faut-il accorder plus de valeur à l'irrégularité des accès fébriles.

Les accès de fièvre calculense dûs à l'oblitération choledocienne, dit Charcot, ont, en général, une régularité assez marquée pour simuler les types quotidiens ou tierces de la fièvre intermittente. En outre, d'après Lieudet, ces accès n'auraient pas une aussi grande intensité que ceux de la pyelephlébite. Dans le cas de pyelephlébite enfin, l'on ne retrouve pas un symptôme signalé dans beaucoup de cas d'obstruction choledocienne c'est la stearlée.

En résumé, ce diagnostic ne repose que sur des nuances et ne devra être porté qu'avec de grandes réserves.

DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES INTESTINALES

L'hémorragie abondante et brusque qui les caractérise ne saurait faire penser chez un vieillard à un ulcère duodénal, maladie de l'adulte. Le caractère des douleurs, leur apparition deux ou trois heures après les repas; l'absence de coliques hépatiques et de ses formes larvées militent contre l'origine calculense de ces hémorragies.

Plus fréquemment, le cancer de l'intestin prêterait à confusion, mais dans cette affection, comme nous l'avons fait remarquer dans le diagnostic des tumeurs biliaires avec le cancer de l'angle droit du colon, les symptômes intestinaux sont plus marqués que dans la lithiase biliaire, le mœlena est moins abondant, plus constant, ce sont des petites hémorragies répétées qui saignent le malade d'une façon continue ; souvent, en outre, l'on perçoit une masse cancéreuse dont la cachexie, d'ailleurs, confirme la nature.

Quant au cancer de l'ampoule de Vater le diagnostic en est à peu près impossible, nous y reviendrons au sujet des oblitérations choledociennes.

DIAGNOSTIC DES OBLITÉRATIONS CANALICULAIRES

Quelles soient complètes ou incomplètes leur diagnostic est surtout au point de vue thérapeutique chirurgicale des plus important à connaître. Parmi les causes d'obstruction, les autres devant être laissées à leur propre évolution, les autres devant être laissées à leur propre évolution ne pouvant que trop peu contre elles.

Les cas très rares, mais possibles, d'oblitération choledocienne par kystes hydatiques seront reconnus par les procédés ordinaires de diagnostic de ces tumeurs.

Quant aux oblitérations non inflammatoires, c'est-à-dire néoplasique de ces canaux, un syndrome leur est commun : L'ictère chronique. Le cancer de l'ampoule de Water, le cancer de la tête du pancréas et le cancer des voies biliaires sont les trois affections qui le plus fréquemment réalisent cette obstruction. Leur diagnostic sera toujours incertain, il sera même à peu près impossible dans le cas de cancer de l'ampoule de Water. L'ictère, les crises douloureuses, font partie, en effet, de son cortège symptomatique et simulent en tous points, l'ictère par obstruction calculieuse. Les hémorragies et la cachexie, l'anorexie elective feront cependant opter en faveur d'un cancer contre la lithiase.

La *distension vésiculaire* (Courvoisier-Terrier) que l'on donne comme symptôme d'obstacle cancéreux siégeant au dessous de l'embranchement de l'hépatique et du cystique n'est qu'un signe de bien faible présomption.

Les *cholocystites suppurées*, avec ictère, et leur cachexie spéciale peuvent, en effet, en formant comme nous l'avons vu, une tumeur biliaire, emprunter cette symptomatologie du cancer bas situé.

A côté des cholécystites suppurées, l'oblitération calculeuse cholédocienne elle-même, dans le cas de processus insuffisamment atrophique de la vésicule, pourra déterminer cette distension vésiculaire.

La *diarrhée*, autre symptôme de cancer de la tête du pancréas, n'a guère plus de valeur et peut également se rencontrer dans le cas de lithiasc confirmée.

La *stearrhée* serait un phénomène plus précieux au cas où le cancer oblitérerait le canal de Wirsung. Encore, cette stearrhée a-t-elle été rencontrée par Charcot et Lieudet dans l'obstruction calculeuse. La glycosurie (Bar et Pic), l'analyse des déjections (Gaultier), le peu d'augmentation de volume du foie, l'amaigrissement rapide plairont en faveur du cancer de la tête du pancréas.

C'est, *en somme*, la *douleur* qui fournit à ce diagnostic l'appoint le plus important.

Atténuée chez le vieillard, elle présentera cependant quelques caractères cliniques qui l'isolent assez nettement des douleurs atroces terminales dans l'évolution des cancers par névrite cancéreuse.

Son début subit, coïncidant avec une apparition ou un renforcement de l'ictère; début quelques heures après le repas, douleur accompagnée d'une sensibilité généralisée de la région hépatique, et des phénomènes pulmonaires précités, ce sont là les caractères qui, donnant à cette douleur son autonomie, demeurent encore les meilleures présomptions en faveur de la nature calculeuse de l'obstruction.

Lorsque cet ictère sera accompagné d'un gros foie, l'on devra penser à la possibilité d'une cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. Elle sera facilement éliminée,

grâce à la polycholie de cet ictère. A côté de cette cirrhose biliaire, nous placerons la cirrhose calculeuse. Comme le dit Sabourin, Brissaud, elle n'a guère d'histoire clinique autre que celle de la colique hépatique qui marque l'enclavement du calcul. Mais à côté de cette cirrhose par lithiase cholédocienne, il y a les cirrhoses par lithiase intra-hépatique, dont la symptomatologie se réduit à de l'ictère chronique, mais très atténué, à l'encontre de l'ictère par obstruction cholédocienne. Le foie, d'abord dur, lisse, douloureux, s'atrophie facilement. Pas de splénomégalie ni d'ascite. Ce sont les symptômes qui permettent de reconnaître cette affection. Dans ce diagnostic, il ne saurait être question ici des cancers secondaires ou primitifs du foie, en raison même de leur absence d'ictère. Le cancer primitif du foie (Gilbert) aurait pu en imposer cependant par sa décoloration des fèces pour une oblitération. C'est pourquoi nous l'avons signalé ici.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

M. Chauffard, parlant du pronostic de la lithiase biliaire, disait : « Il est absolument individuel et ne peut guère s'étudier d'une façon générale. Si les complications sont aussi nombreuses que graves, il faut ajouter qu'elles ne surviennent le plus souvent que dans le cas de lithiase tardivement reconnue ou soignée. Or, ces complications doivent devenir de plus en plus rares à deux conditions : d'abord, que l'on établisse d'aussi bonne heure que possible le diagnostic et le traitement de la lithiase biliaire, et puis, que dans les cas graves ou compliqués, l'on n'hésite pas à demander à l'intervention chirurgicale un secours que la thérapeutique interne seule est impuissante à donner. »

En reconnaissant ainsi le maximum de gravité aux lithiases anciennes ou tardivement reconnues, M. Chauffard fait implicitement, nous semble-t-il, le pronostic de la lithiase biliaire chez le vieillard.

N'est-ce pas chez lui, en effet, que nous trouvons les processus les plus anciens, cliniquement guéris, et dont les réveils sont parfois si fatals !

N'est-ce pas chez lui encore, qu'en raison de cette latence fréquente de l'affection ou de sa symptomatologie atténuée, le diagnostic longtemps hésitant ne sera que tardivement porté.

Cette latence, enfin, n'est-elle pas, à un autre titre, un des plus importants éléments du pronostic, puisqu'elle empêche trop souvent l'institution du traitement qu'il conviendrait de diriger contre elle.

Ancienneté du processus, diagnostic parfois tardif, traitement non institué, tout, en un mot, semble donc concourir à faire de ce pronostic général de la lithiasé biliaire chez le vieillard un pronostic défavorable.

Plus réservés encore sera-t-on dans l'appréciation de ce pronostic en analysant avec quelques détails l'évolution même de l'affection.

Qu'il nous suffise donc, pour en légitimer la gravité, de rappeler, la possibilité, au cours de son évolution, de la mort subite ou rapide par arrêt du cœur en diastole : l'asystolie irréductible dans le cas d'obstruction permanente cholédocienne (Charcot) ; la mort inévitable par cachexie des sténoses pyloriques non traitées, les pyléphlébites ; les hémorragies intestinales foudroyantes, les complications cancéreuses enfin, qui coexistent fréquemment avec ces hémorragies (cas de Marion.).

Seules, l'obstruction intestinale dans sa forme chronique, du moins (cas de Pye Smith) et les cholécysto-appendicites peuvent avoir une évolution spontanée favorable ; encore dans ces derniers cas faut-il veiller de main armée pour parer à la moindre éventualité.

Si l'on considère enfin que ce pronostic des formes cliniques et des complications se double, chez le vieillard, d'un pronostic opératoire bien plus grave encore que chez l'adulte, nous pouvons conclure avec quelque raison, croyons-nous, que la lithiase biliaire chez le vieillard est une des affections pour lesquelles le médecin doit avoir le plus d'attention, puisque si difficile et si délicate de diagnostic elle est si dangereuse dans ses conséquences.

De la gravité de ce pronostic qu'il ne faudrait cependant pas trop assombrir, découle la nécessité d'une thérapeutique active et rationnelle. C'est elle, d'ailleurs, qui médico-chirurgicale, nous allons le voir, à côté de ce pessimisme cependant justifié, apporte une atténuation nécessaire et encourageante tout à la fois pour le malade et le praticien lui-même.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Avant d'aborder le traitement de la lithiasc biliaire chez le vieillard, nous devons, semble-t-il, en légitimer l'étude.

Ce traitement doit, en effet, différer essentiellement de celui de l'adulte, parce qu'il s'adresse à un terrain anatomiquement et physiologiquement distinct du précédent. Tant au point de vue médical que chirurgical, il sera nécessaire d'user avec plus de prudence et de circonspection que chez l'adulte de certains médicaments, morphine par exemple, comme aussi de peser davantage encore les indications opératoires chez le vieillard, en envisageant les résultats immédiats ou éloignés de ces interventions.

Il doit en différer, en outre, pour des raisons d'ordre clinique.

La douleur sera, en effet, un des éléments symptomatiques contre lequel le thérapeute aura le plus souvent à lutter chez l'adulte, plus rarement cette indication se posera chez le vieillard: inversement, chez ce dernier, il

faudra fréquemment recourir à une médication cardiaque et pulmonaire énergique, alors que chez l'adulte elles seront des médications plutôt d'exception. Comment donc pourrait-on n'avoir qu'une ligne de conduite en face de telles divergences, et quel sera ce traitement ?

Nous le diviserons, après en avoir donné les quelques principes directeurs principaux, en :

Traitement de la lithiase biliaire non compliquée,

Et traitement de la lithiase compliquée.

PRINCIPES DIRECTEURS DU TRAITEMENT DE LA LITHIASÉ BILIAIRE CHEZ LE VIEILLARD

Il serait illusoire de chercher à lutter contre la formation de calculs dans les voies biliaires extra-hépatiques du vieillard, puisque chez lui les conditions maxima de leur éclosion se trouvent réalisées. Toute thérapeutique dirigée dans ce sens serait donc inefficace et inutile.

Ce qu'avant tout, dans le traitement de cette affection, devra chercher le praticien, c'est obtenir la *tolérance résiculaire* d'une part, prévenir l'infection ou lutter contre elle, d'autre part. Tels seront les deux grands objectifs du traitement médical de la lithiase biliaire chez le vieillard.

Au point de vue chirurgical, du moins en ce qui concerne les lithiases infectées, il faudra savoir reculer autant que possible les limites de l'intervention. Si l'âge n'est pas une contre-indication absolue opératoire au-dessus de 65 ans, puisque des vieillards de 68 et 71 ans ont pu être opérés avec succès (Mongouri), il faut reconnaître que les risques opératoires à cet âge sont cependant trop grands

pour ne pas tenter auparavant un traitement médical qui, dans bien des cas, assurera la guérison,

Nous empruntons cette notion de l'intervention différée dans les lithiases infectées à M. Chauffard, qui en a défini les indications en ces termes :

Ce sont, dit-il, des femmes le plus souvent âgées, lithiasiques d'ancienne date, obèses, à ventre adipeux et flasque, à myocarde mou et hypotonique, souvent variqueuses et pouvant présenter dans leurs urines un peu de glycose ou d'albumine. Ce sont à la fois des organismes sans résistance et de mauvais ventres à opérer, auxquels la nécessité seule doit faire toucher, la formation d'un abcès, par exemple.

A l'appui de cette opinion, M. Chauffard rapporte deux observations de cholélithiase infectée (femmes de 60 et 65 ans) et dans lesquelles le traitement médical suffit à amener la guérison.

Nous concluons donc que chez le vieillard, c'est au traitement médical que doit revenir la préséance thérapeutique, et c'est à lui qu'il faudra en toutes circonstances tout d'abord s'adresser.

TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE NON COMPLIQUÉE CHEZ LE VIEILLARD

a. *Traitement de l'accès.* — Ce traitement comprendra, comme chez l'adulte, un traitement prophylactique par lequel on cherchera à éviter les causes occasionnelles des crises : émotions, fatigue, surmenage, écarts de régime. Mais lorsque, malgré ces précautions, l'accès aura éclaté, il faudra instituer le traitement vraiment curatif de l'accès.

Il diffère légèrement de celui de l'adulte. Chez le vieillard, en effet, la morphine serait inutile et dangereuse. Inutile parce que l'intensité de la douleur, en général moindre que chez l'adulte, sera très facilement calmée par d'autres moyens; dangereuse parce que le rein du vieillard étant insuffisant (sclérose), l'on assistera parfois à de véritables désastres qui suivront l'injection de morphine chez ces sujets.

Les applications calmantes externes, chaudes, laudanisées, émollientes, sur la région de l'hypocondre, au besoin les lavements d'antipyrine suffiront amplement à juguler cette douleur.

Chez le vieillard, en second lieu, on aura soin de veiller aux phénomènes cardiaques concomittants ; l'héter, la caféine, l'huile camphrée seront les ressources thérapeutiques usuelles et très fréquemment employées contre ces accidents.

Contre les vomissements, on emploiera avec succès le citrate de soude.

Le repos au lit et la diète seront les compléments obligés de cette médication, comparable en cela au traitement de l'adulte.

b) *Dans l'intervalle des accès*, le souci du thérapeute sera, nous l'avons vu, d'obtenir une tolérance vésiculaire aussi absolue que possible et d'assurer l'antiseptie intestinale.

Pour ce faire, on insistera avant tout sur la nécessité de faire des repas très peu copieux et plus fréquents, de nature déterminée ; pour éviter la stase biliaire prolongée dans le réservoir cystique et les afflux excessifs de bile que provoque la digestion d'aliments carnés abondants, gras ou épicés.

C'est ainsi qu'il sera bon, à cet effet, de leur constituer des régimes dans lesquels seront interdits, comme à tout lithiasiques : cervelles, boudin, viandes saignantes, viandes fumées, oseille et épinards, cacao, café noir, thé fort, alcool, avec prédominance au contraire de végétaux, pommes de terre dont les cendres sont alcalines, raves, navets, carottes, chicorée, pissenlits, cresson, etc, etc...

Quant aux alcalins et surtout aux cholaguogues, il faudra être sobre de leur usage. Le salicylate de soude, notamment chez des sujets présentant des signes accentués de sclérose rénale, sera de parti pris éliminé.

La glycérine, les éthers sulfuriques et amyl-vàlérianiques, l'huile de Haarlem, l'extrait de fiel de bœuf, les irrigations intestinales et les laxatifs doux formeront la base de ce traitement dans l'intervalle des accès.

La régularité des fonctions intestinales sera surveillée étroitement, la lithiasique biliaire âgé est un constipé perpétuel, l'on emploiera la gomme gutte, l'évonymine, etc.

Les eaux minérales ne seront conseillées que pour les sujets résistants, ce qui est moins affaire d'âge que d'individualité (Legendre), sans tare hépatique cellulaire, sans prédisposition aux troubles circulatoires encéphaliques et ces malades devront être surveillés étroitement pendant la cure.

TRAITEMENT DE LA LITHIASE COMPLIQUÉE

Comme le dit Chauffard, la fièvre sera le meilleur guide pour apprécier l'existence et la gravité d'une lithiasie infectée; la fièvre continue, par exemple, sera souvent l'indice le meilleur d'une infection très grave. Or, chez le

vieillard, à l'encontre de l'adulte, il faudra toujours différer l'intervention en ce qui concerne les lithiases infectées et n'agir que la main forcée.

Il y a donc *un traitement médical de ces lithiases infectées chez les vieillards.*

Il faudra réduire les fermentations intestinales à un minimum par la diète lactée et même, dans les cas graves, par la diète hydrique. Il y aura avantage, comme pour l'appendicite, à ne donner, pendant 24 ou 48 heures, que de l'eau d'Evian,¹ des tisanes diurétiques, suffisamment pour la diurèse.

La glace sera souvent mal tolérée sur l'hypocondre, car son poids seul est douloureux et de plus elle réveille la contraction de la vésicule. Mieux valent les compresses locales, chaudes, longtemps maintenues.

L'on veillera, enfin, à l'antisepsie des voies biliaires par le salicylate de soude manié avec grande prudence: nous en avons donné plus haut la raison: on le combinera au bétol et au salol de préférence au bicarbonate de soude. En dernier ressort, enfin, l'on pourra recourir aux bains à 30°, 32°, si besoin est.

Quant aux complications autres que les cholécystites suppurées, les abcès du foie, les périhépatites, les unes sont encore au-dessus même des ressources chirurgicales, la péritonite calculeuse généralisée, par exemple, et les hémorragies intestinales foudroyantes; les autres réclament toujours l'intervention du chirurgien, qui jugera de l'opportunité de l'opération et de sa nature.

Nous ne sommes nullement qualifié pour donner ici les indications et les contre-indications de chacune de ces interventions: aussi, nous contenterons nous de dire qu'il

faudra seulement être très prudent chez le vieillard et qu'à cette condition, l'on aura de véritables résurrections, telles que dans la section d'adhérences pyloriques. Mais jamais, chez le vieillard, une opération ne devra être décidée qu'avec le maximum de chances favorables et le minimum de risques opératoires, telle sera la dernière règle de conduite que nous donnerons à la fin de ce chapitre du traitement.

CONCLUSIONS

I. La lithiase biliaire chez le vieillard, fréquente anatomiquement, est cependant cliniquement assez rare sous sa forme habituelle de colique hépatique. Des conditions organiques, mécaniques, infectieuses et chimiques, président chez lui à l'éclosion de ce processus et en expliquent la fréquence.

II. La symptomatologie de cette affection chez le vieillard est plus souvent pulmonaire, cardiaque, abdominale et nerveuse que franchement hépatique.

Les complications les plus fréquentes et les plus rares relèvent de l'extension régionale des cholécystites chroniques calculeuses (sténoses pyloriques, cholécysto-appendicites, obstruction intestinale, complications vasculaires : pyléphlébites et hémorragies intestinales).

Plus rares sont les complications mécaniques (ictère progressif et chronique, cirrhose calculeuse, insuffisance hépatique) en raison des conditions anatomo-physiologiques de leurs voies biliaires extra-hépatiques.

III. Au point de vue pathogénique, la rareté clinique des coliques hépatiques est, avant tout, fonction de l'ato-

nie physiologique des conduits excréteurs de la bile, de leur inflammation chronique, de la diminution enfin de l'activité de la circulation hépatique.

IV. Le diagnostic positif de la lithiase biliaire latente ou larvée chez le vieillard ne repose que sur des signes de probabilité : douleur provoquée à la pression profonde du point cystique, phénomènes pleuro-pulmonaires passagers unilatéraux, petits frissons irréguliers et par accès.

Le diagnostic différentiel est celui des formes elles-mêmes : sténoses pyloriques, obstruction intestinale, etc...

V. Le pronostic, plus encore que chez l'adulte, doit être réservé, d'autant plus réservé d'ailleurs qu'il se double chez lui d'un pronostic opératoire assez grave en raison de l'âge du sujet.

VI. Le traitement sera médico-chirurgical. La tolérance vésiculaire et l'antisepsie intestinale seront les deux grands objectifs du traitement médical. Au point de vue chirurgical, les limites de l'intervention devront souvent être reculées aussi loin que possible.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. PIC.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Cholécystites à forme d'appendicite, *Lyon Médical*, 17 et 24 février 1901.
- ALEX. — Sténose-pylorique d'origine biliaire. Thèse, Lyon, 1895-96,
- BEAU. — Etude sur l'appareil spléno-hépatique du vieillard.
- BENDA. — Verharde der physiol geselch ru, Berlin, nos 4 et 5, décembre 1891.
- BERTHELIN. — Complication hépatique de l'appendicite. Th., Paris, 1875.
- BOY-TEISSIER. — Le foie sénile. *Revue de Médecine*, 1887.
- BROUARDEL. — Mort et mort subite. Paris, 1895.
- BROUSSE. — De l'involution sénile. Th. d'agrégation, 1886.
- CADÉAC. — Cholécystites suppurées. Thèse, Paris, 1890-91.
- CHARCOT ET BOUCHARD. — Traité de Médecine, 1902.
- CHAUFFARD. — La cholélithiase infectée ; son traitement. *Semaine Médicale*, 1904 ; p. 17.
- La lithiase du cholédoque. *Semaine Médicale*, 10 janvier 1906.
- CYR. — Maladies du foie. Paris, 1887.
- Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculense du foie. *Arch. génér. de Médecine*, 1890, p. 165.
- DAGRON. — Occlusion intestinale par calculs biliaires. Thèse, Paris, 1891-92.
- DEMANGE. — Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse. Paris, 1886.

- DESJARDINS. — Les Pancréatites. Thèse, Paris, 1905.
- DOMINICI. — Angiocholites et cholécystites suppurées. Th., Paris, 1893-94.
- DUPRÉ. — Les infections biliaires. Th., Paris, 1890-91.
— *Gazette des Hôpitaux*, 22 août 1891.
- DURAND-FARDEL. — Traité des maladies des vieillards. Paris, 1894.
- FLEISCHAUER. — *Deutsch Medicin-Woch.* 27 avril 1899.
- FRILET. — De la cholécysto-appendicite. Thèse, Lyon, 1910-11.
- GALLIARD. — *Presse Médicale*, 1895, p. 185.
- GARIN. — De l'occlusion intestinale biliaire. Th., Paris, 1897-98.
- GEIST. — Klinik der greisen krankheiten.
- GENDRIX. — Influence de l'âge sur les maladies. Th. de concours. Paris, 1840.
- GILBERT. — Traitement de la lithiase non infectée. X^e Congrès des Médecins français.
- GILLETTE. — Art. vieillesse. *Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires*, Paris, 1891.
- HAUSHALTER. — Recherches sur le cœur sénile. Th., Nancy, 1885.
- HOUDRY. — Les hémorragies intestinales dans la lithiase biliaire. Thèse, Paris, 1899.
- JOURDAN. — De la cholédocotomie. Th., Paris, 1894-95.
- LABADIE-LAGRAVE. — Traité des maladies du foie. Paris, 1892.
- LEDIEU. — Pyléphlébite suppurée. Th., Paris, 1879.
- LEGENDRE. — La lithiase biliaire chez les vieillards. *Bulletin Médical*, 1909.
- LEMOINE. — Rôle des composés cholestériques dans l'artériosclérose. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1910.
- LIONNAIS. — Tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire.
- LUCIEN ET J. PARISOT. — Cholécystites suppurées chez le vieillard. Fistules abdominales et abcès du foie. *Revue Médicale de l'Est*, 1905.
- MAGNIN. — De quelques accidents de la lithiase biliaire. Th., Paris, 1869.

- MARCHAIS. — Rétrécissement pylorique par calculs biliaires. Thèse de Paris, 1898.
- MARKA. — Schmidh « Jahrbucher », 1874.
- MAS. — Contribution à l'étude de la colique hépatique. Th., Montpellier, 1897.
- MAUGER. — Etude clinique et Diagnostic des formes cardio-pulmonaires de la lithiasc biliaire. Th., Paris, 1909-10.
- MAUGOURD. — Sténose pylorique biliaire. Th., Paris, 1898.
- MONNIER. — Formes cliniques cardio-pulmonaires de la lithiasc biliaire chez les vieillards. *Gazette de Médecine de Nantes*, 15 mai 1909.
- MOSSÉ. — Des accidents de la lithiasc biliaire. Th. d'agrégation, 1880.
- PIC ET BONNAMOUR. — Précis des maladies des vieillards. Collection Testut, 1911.
- F. PICK. — *Wiener Klin Woch*, 5 décembre 1900.
— La fièvre intermittente hépatique. *Semaine Médicale*, 1900, p. 284.
- QUÉNU. — Des indications opératoires de la lithiasc biliaire *Revue de chirurgie*, 1908.
Pyléphlébite suppurative et adhésive consécutive à des calculs biliaires. *Gazette Médicale de Paris*, 1878.
- G. ROBIN. — Traitement de la lithiasc biliaire et de ses accidents. *Bulletin Médical*, 1908.
- SCHWALBÉE. — Traité des maladies des vieillards.
- G. SÉE. — La colique hépatique physio-pathol. et son traitement. *Médecine Moderne*, 11 septembre 1890.
- STERNE. — Contribution à l'étude de la lithiasc biliaire chez le vieillard. Th., Nancy, 1895-96.
- TRIPPIER ET PAVIOT. — La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire. *Encyclopédie Leauté*.
- WILLEMIN. — *Bulletin général de Thérapeutique*, 1825, t. xxv, page 341.
-

